

# TIEDOSTA ARVIOINTIIN

tavoitteena paremmat palvelut

## Sosiaali- ja terveyspalvelut Kanta-Hämeen hyvinvointialueella 2020

PÄÄTÖSTEN TUEKSI 9/2021



### Alueellinen asiantuntija-arvio



# Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen asiantuntijaryhmä

Arvioinnin vastuuhenkilönä on toiminut tietoylijohtaja, terveystaloustieteen professori **Pekka Rissanen**.

## Asiantuntija-arviot ovat laatineet arviointipäälliköt

**Tiina Hetemaa**, Helsingin kaupunki, Itä-Uudenmaan hyvinvointialue, Keski-Uudenmaan hyvinvointialue, Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue, Vantaan ja Keravan hyvinvointialue

**Ritva Kannisto**, Etelä-Savon hyvinvointialue, Keski-Suomen hyvinvointialue, Pohjois-Karjalan hyvinvointialue, Pohjois-Savon hyvinvointialue

**Nina Knape**, Etelä-Karjalan hyvinvointialue, Kymenlaakson hyvinvointialue, Päijät-Hämeen hyvinvointialue

**Hannele Ridanpää**, Kanta-Hämeen hyvinvointialue, Pirkanmaan hyvinvointialue, Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue

**Vesa Syrjä**, Kainuun hyvinvointialue, Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue, Lapin hyvinvointialue, Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue

**Taru Syrjänen**, Varsinais-Suomen hyvinvointialue, Satakunnan hyvinvointialue, Pohjanmaan hyvinvointialue

Lisäksi asiantuntija-arvion laatimisen tukena ovat olleet viestintäpäällikkö **Satu-Mari Tolonen** (viestintä), asiantuntija **Tuuli Suomela** (tietopohja) ja suunnittelija **Päivi Kiuru** (julkaiseminen).

## Tehtäväkokonaisuuksien arvioinnin asiantuntijaryhmien vastuuhenkilöt

**Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen**  
kehittämispäällikkö **Katri Kilpeläinen**

**Ikääntyneiden palvelut**  
horisontaalitoiminnan johtava asiantuntija  
**Minna-Liisa Luoma**

**Lasten, nuorten ja perheiden palvelut**  
horisontaalitoiminnan johtava asiantuntija  
**Päivi Lindberg**

**Mielenterveys- ja päihdepalvelut sekä työikäisten sosiaalipalvelut**  
tutkimusprofessori **Jaana Suvisaari**  
erityisasiantuntija **Eeva Liukko**  
kehittämispäällikkö **Airi Partanen**  
horisontaalitoiminnan johtava asiantuntija  
**Päivikki Koponen**

**Perusterveydenhuolto**  
ylilääkäri **Heli Mattila**

**Kustannukset ja rahoitus**  
kehittämispäällikkö **Petra Kokko**

**Somaattinen erikoissairaanhoito ja ensihoito**  
hallintoylilääkäri **Eeva Reissell**

**Suun terveydenhuolto**  
asiantuntijahammaslääkäri **Ulla Harjunmaa**

**Terveydensuojelu**  
erikoistutkija **Kati Räisänen**

**Vammaisten palvelut**  
johtava asiantuntija **Päivi Nurmi-Koikkalainen**



Päätösten tueksi 9/2021

ISBN: 978-952-343-713-5 (verkko)

ISSN: 1799-3946 (verkko)

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-713-5>

# Sisällys

<b>Lukijalle</b>	<b>4</b>
<b>Asiantuntija-arvio</b>	<b>5</b>
<b>Väestö ja palvelutarve</b>	<b>7</b>
<b>Järjestämistehtävän yleiset edellytykset</b>	<b>10</b>
Palvelujen järjestämisen nykytila ja palveluverkko	10
Henkilöstö	11
<b>Sote-tiedonhallinta ja digitalisaatio</b>	<b>14</b>
Sähköinen asiointi ja omahoito	14
Asiakas- ja potilastietojärjestelmien nykytila ja kehittämistoimet	15
Tietojohdaminen	16
<b>Sosiaali- ja terveystietopalvelujen rahoitus, kustannukset ja investoinnit</b>	<b>18</b>
<b>Alueen erityisteemat</b>	<b>23</b>
Monialaisia palveluja tarvitsevien asiakkaiden palvelukokonaisuudet	23
Palvelujen vaikuttavuuden mittaaminen ja sen kehittäminen	26
<b>Menetelmät ja laatuseloste</b>	<b>29</b>
<b>Lähteet ja arvioinnissa käytetty tausta-aineisto</b>	<b>31</b>
<b>Liite</b>	<b>34</b>

# Lukijalle

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL on arvioinut sosiaali- ja terveysministeriön toimeksiannosta sote-palvelujen järjestämistä vuosittain maan eri alueilla. 1.7.2021 voimaan tullessa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislaissa (612/2021) Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tehtäväksi on säädetty laatia vuosittain sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskeva asiantuntija-arvio valtakunnallisesti, sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöalueittain ja hyvinvointialueittain. Asiantuntija-arviolla on merkittävä asema sosiaali- ja terveysministeriön, valtiovarainministeriön, sisäministeriön ja hyvinvointialueiden vuosittaisissa neuvotteluissa, joissa tarkastellaan kunkin alueen järjestämisvastuuseen kuuluvien sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävien toteuttamista.

Tämän vuoden aikana tehtävä arviointi kohdistuu vuoteen 2020 ja alkuvuoteen 2021. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä arvioidaan hyvinvointialueittain. Lisäksi arvioidaan Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäminen. Arvioinnissa painottuvat kaksi jokaisen alueen itse määrittelemää ja sosiaali- ja terveysministeriön vahvistamaa erityisteemaa. Lisäksi asiantuntija-arviossa tarkastellaan hyvinvointialueen väestön palvelutarvetta, palvelujen järjestämisen nykytilaa ja kehityssuuntaa sekä sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksia, rahoitusta ja investointeja. Siinä kootaan myös alueen sote-tiedonhallinnan ja digitalisaation tilannekuva.

Arviointi perustuu sekä määrälliseen että laadulliseen aineistoon. Erityisesti erityisteemojen arvioinnissa tärkeänä tietolähteenä ovat olleet alueiden edustajien kanssa käydyt keskustelut. Esiin nousseita näkökohtia on taustoitettu käyttämällä soveltuvaa indikaattoritietoa, Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valviran ja aluehallintovirastojen valvontahavaintoja sekä alueiden hallinnollisia dokumentteja. Suurin osa arvioinnissa käytettävistä indikaattoreista kuuluu sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusvaikutusmittaristoon (KUVA). Mittariston arvot ja arvojen kehitys alueittain on raportoitu THL:n Tietoikkunassa ([thl.fi/tietoikkuna](http://thl.fi/tietoikkuna)).

Asiantuntija-arvion tietopohja on ajankohdan 18.6.2021 mukainen. Tämän jälkeen tulleet indikaattorien päivitykset eivät ole mukana arvioinnissa lukuun ottamatta Tilastokeskuksen Kuntatalous-tilaston tietoja (tilanne 10.9.2021). Lisätietoa arvioinnin tietopohjasta ja sen laadusta tarjoamme arvion Menetelmät ja laatuseloste -osassa.

Kiitämme lämpimästi Kanta-Hämeen alueen yhteyshenkilöitä ja asiantuntijoita erinomaisesta yhteistyöstä ja panostuksesta arviointiimme vaikeasta ja kuormittavasta Covid-19-tilanteesta huolimatta. Kiitos myös sosiaali- ja terveysministeriön ohjausyksikön, Valviran, aluehallintoviranomaisten ja THL:n asiantuntijoille arvokkaasta tuesta arvioinnin onnistumiseen.

Helsingissä 30.11.2021

**Pekka Rissanen**

Tietoylijohtaja

**Hannele Ridanpää**

Arviointipäällikkö

## Asiantuntija-arvio

### Koronatuet vahvistivat kuntien taloustilannetta poikkeuksellisella tavalla

Valtion myöntämät koronatuet paransivat Kanta-Hämeen kuntien taloudellista tilannetta vuonna 2020. Suurimmassa osassa kuntia velkaantuneisuus alitti 50 prosenttia. Kuntien asukaskohtaiset sote-investointimenot vähenivät edellisvuodesta ja olivat keskimääräistä pienemmät. Matalat investointikustannukset voivat kuvata järjestäjien pidättäytymistä taloudellisesti merkittävistä investoinneista sote-uudistuksen alla. Tulevina vuosina järjestämistä haastavat kuntien taloudellinen kantokyky yhdistettynä väestön ikääntymisestä johtuvaan palvelutarpeiden kasvuun sekä muun muassa hoitajamitoitusta ja hoitoon pääsyä koskevien la-  
kisääteisten velvoitteiden hoitaminen.

### Potilaat hakevat erikoissairaanhoidon palveluja yhä enemmän muiden alueiden sairaaloista – uusi Assi-sairaala rakennusvaiheessa

Sairaanhoitopiirin taloustilanne parani eikä taseessa ollut kattamatonta alijäämää vuoden 2020 lopussa. Viimeisimmän tulosennusteen mukaan kuluvan vuoden tulos on noin miljoona euroa alijäämäinen. Tilanne lisää jäsenkuntien painetta taseen alijäämien kattamiseen ennen hyvinvointialueeseen sulautumista. Alueen sisäistä epäyhtenäisyyttä kuvaavat vuoden 2020 palvelusopimusneuvottelujen lopputulos jäsenkuntien maksuosuuksista sekä järjestämisvastuisiin kaavailtujen muutosten kariutuminen.

Sairaanhoitopiirin taloutta ja sen suunnittelua haastavat ulkopuolisten sairaaloiden käytön voimakas kasvu sekä Ahveniston vanhojen rakennusten alaskirjaus. Sairaanhoitopiirin asukaskohtaiset rakennusinvestointikulut olivat maan keskitasoa. Trendi on kuitenkin viime vuodet ollut kasvava. Uuden Assi-sairaalan rakentaminen on merkittävä investointi alueella, jossa väestönkasvu on hidastunut viime vuosina.

### Erikoissairaanhoidon kustannukset kasvaneet keskimääräistä maltillisemmin

Sosiaali- ja terveystoiminnan nettokäyttökustannukset olivat maan keskitasossa. Kustannusten prosentuaalinen kasvu vuodesta 2016 on maan pienimmän kolmanneksen joukossa. Erikoissairaanhoidon kustannukset ovat kasvaneet hieman keskimääräistä maltillisemmin. Kustannuksista on havaittavissa, että sekä ikääntyneiden että lasten, nuorten ja perheiden palveluissa on panostettu kevyempiin palveluihin.

### Tiedonhallinnan ja digitalisaation kehittäminen nivoutuvat palvelujärjestelmän laaja-alaiseen kehittämiseen

Alueen väestö asioi sähköisesti sote-palveluissa hieman keskimääräistä vähemmän. Erityisen vähän sähköisiä asiointikanavia käyttivät ikääntyneet. Alueen tietojärjestelmäympäristössä on vielä yhtenäistämisen tarvetta. Tietojohdamisen taso vaihtelee merkittävästi järjestäjien välillä.

Tiedonhallinnan ja digitalisaation alueellinen kehittäminen tukee järjestämisen laajempia, strategisia tavoitteita. Sähköisten palvelujen käyttöönotossa on edetty, ja kehittämisessä tukeudutaan [Suomi.fi](https://suomi.fi)-palveluihin. Omaolo-palvelut ovat varsin kattavasti käytössä alueella. Oma Raitti on erikoissairaanhoidon sähköinen asiointikanava.

Strategiseen tietojohdamiseen haettiin alueellista näkymää kevään 2021 aikana laatimalla kehittämistä linjaavia suunnitelmia. Sosiaalipalvelut ovat terveyspalveluihin nähden takamatkalla tiedolla johtamisen edellytyksissä.

## Henkilöstön saatavuustilanteen vaikeutuminen haastaa järjestämistehtävässä onnistumista

Henkilöstön saatavuus on vaikeutunut. Erityisen vaikea tilanne on ikääntyneiden palveluissa. Saatavuushaasteet muodostavat merkittävän riskin järjestämistehtävässä onnistumiselle.

Henkilöstön saatavuuden turvaaminen on alueen järjestäjien yhteinen, strateginen tavoite. Saatavuustilannetta selvitettiin kattavasti osana alueen järjestämissuunnitelman valmistelua. Henkilöstön saatavuutta edistävät, aluetasoiset toimenpiteet eivät kuitenkaan nousseet vahvasti esiin.

## Palveluintegraation vahvistaminen on alkuvaiheessa

Monialaisten palvelukokonaisuuksien kehittämisessä alue on alkuvaiheessa. Vahvistamista edellyttävät mm. organisaatorakenteet sekä johtamis- ja tietojärjestelmät. Siiloutuneisuus heijastuu palvelujärjestelmän toimivuuteen. Alueen sisäisiä eroja kuvastaa se, että verkostomaisen työotteen toteutumisessa on vielä järjestäjä- ja palvelukohtaista vaihtelua. Monialaisuuden vahvistamistarpeesta kertoo ennen aikaisesti menetettyjen elinvuosien määrän maan suurin kasvu edellisvuoteen verrattuna.

Sosiaali- ja terveystietopalvelujen yhteistyömahdollisuuksien hakeminen on järjestäjien alueellinen, strategisen tason tavoite. Yhteensovittamisen vahvistamiseksi Kanta-Hämeen terveydenhuollon järjestämissuunnitelmaa laajennettiin kattamaan myös sosiaalihuolto. Monialaisuuden kehittäminen on käynnistynyt perustason palveluista, joissa yhteensovitettava työ kulminoituu tulevaisuuden sote-keskus -hankkeeseen.

Alueella on hyvin tunnistettu monialaisuuden toteutumista heikentävät tekijät sekä niiden heijastusvaikutukset palvelujärjestelmän suoriutumiskykyyn. Monialainen työorientaatio ja uudenlainen asiakasymmärrys ovat nousussa. Toimijoiden ja ammattilaisten välinen vuoropuhelu ja yhteiskehittäminen ovat vahvasti käynnissä. Tulevan hyvinvointialueen järjestämistä haastaa monialaisten palvelukokonaisuuksien ja -ketjujen määrittely, seuranta ja ohjaus.

## Vaikuttavuustiedon ohjausvoiman edistäminen edellyttää sekä alueellisia että kansallisen tason ratkaisuja

Palvelujen vaikuttavuutta mittaavat ja mittaamista kehittävät pääasiassa alueen resursseiltaan isoimmat järjestäjät. Alueellinen näkymä sosiaalipalveluihin puuttuu, mikä estää kotoa kotiin ulottuvien palveluketjujen vaikuttavuuden tarkastelun. Vaikuttavuustiedon monipuolinen hyödyntäminen palvelutuotannon ohjauksen tukena vaatii vielä kehittämistä.

Palvelujen vaikuttavuus on alueen järjestäjien yhteinen, strateginen tavoite. Vaikuttavuutta mitataan terveyspalvelujen lisäksi myös osassa sosiaalipalveluja, jossa vaikuttavuustietoa hyödynnetään edistykseksi myös osana resurssiohjausta. Alueella on monipuolisesti tunnistettu vaikuttavuusperusteisen ohjauksen kehittämistarpeet, jotka edellyttävät sekä kansallisia että alueellisia ratkaisuja.

Vaikuttavuuden mittaamisessa käytettävä tietopohja laajenee. Erikoissairaanhoidon tietosisällöt laajennetaan perusterveydenhuoltoon, minkä ansiosta jatkossa voidaan tarkastella organisaatorajat ylittäviä hoitokokonaisuuksia. Myös asiakkaiden ja henkilöstön kokemustiedon kerääminen osana vaikuttavuusohjauksen välineistöä on laajenemassa. Vaikuttavuusperusteista ajatusmallia edistetään alueella kokeilukulttuurin hengessä. Tulevan hyvinvointialueen järjestämistä haastavat vaikuttavuustiedon systemaattinen hyödyntäminen johtamisessa sekä sosiaalipalvelujen tietopohjan kytkeminen osaksi vaikuttavuuden mittaamista.

## Väestö ja palvelutarve

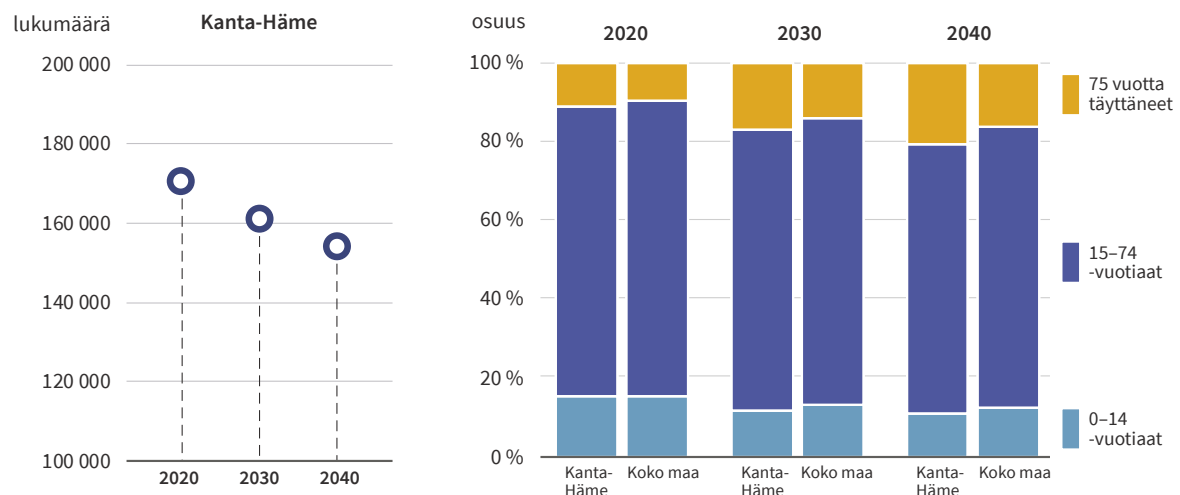
Kanta-Hämeen hyvinvointialue muodostuu 11 kunnasta, ja vuoden 2020 lopussa alueella asui 170 577 asukasta. Alueen väestömäärä on kasvanut 2000-luvulla noin 5 300 asukkaalla (3 %). Asutus keskittyy Hämeenlinnan, Riihimäen ja Forssan seuduille. Väestömäärä on kasvanut suhteellisesti eniten (noin 9 %) Riihimäellä ja Hämeenlinnassa, mutta kehitys on hidastunut viime vuosien aikana. Vuoteen 2040 ulottuvien ennusteiden mukaan väestö vähenee alueen kaikissa kunnissa. Eniten väestöään ovat menettäneet alueen länsiosassa sijaitsevat kunnat, kuten Humpilla ja Ypäjä (noin 16 %). Vuonna 2020 Kanta-Hämeen muuttovoitto muualta Suomesta kääntyi hienoisesti positiiviseksi (137 henkilöä), ja muuttajat puhuivat pääasiassa kotimaisia kieliä.<sup>1</sup> Alueen perustietoja on kuvattu taulukossa 1.

### Väestö vähenee ja ikääntyminen on voimakasta

Tulevina vuosina alueen väestö jatkaa vähenemistään. Vuonna 2018 tehdyn ennusteen mukaan vuoteen 2030 mennessä väestö vähenee noin kuusi prosenttia ja vuoteen 2040 mennessä noin kymmenen prosenttia eli 153 955 asukkaaseen. Hämeen liiton tekemä väestöennuste on optimistisempi; sen mukaan alueen väestö lähtee uudelleen kasvuun vuoden 2025 paikkeilla.<sup>2</sup>

Alueen demografinen huoltosuhde on maan keskiarvoa korkeampi. Syntyvyys on vuosien ajan ollut maan keskitasoa matalampi, mutta vuodesta 2015 lasku on ollut maan pienin. Alle 18-vuotiaiden väestöosuus vastaa kuitenkin maan keskitasoa. Työikäisten osuus on lähellä keskitasoa; 25–64-vuotiaiden osuus on viime vuosina pienentynyt keskimääräistä nopeammin, ja ennusteiden mukaan kehitys jatkuu samanlaisena vuoteen 2040. Ikääntyneiden osuus on hieman maan keskiarvoa suurempi, ja osuus kasvaa ennusteiden mukaan tulevina vuosina maan keskiarvoa enemmän. 75 vuotta täyttäneiden määrän ennustetaan vuosina 2018–2040 kasvavan 77 prosenttia. Saman ajanjakson aikana alle 15-vuotiaiden lasten määrä puolestaan vähenee nykyisestä 36 prosenttia. Väestön ikärakenne vuonna 2020 sekä ennuste vuosille 2030 ja 2040 Kanta-Hämeessä ja koko maassa on kuvattu kuviossa 1.

**Kuvio 1. Hyvinvointialueen väestömäärä ja ikärakenne.**



▲ Kuvioissa esitetään hyvinvointialueen väestömäärä ja ikärakenne vuonna 2020 sekä ennusteet vuosille 2030 ja 2040. Ikärakennetta verrataan koko maan tietoihin. Tiedot perustuvat Tilastokeskuksen aineistoihin. Väestöennuste pohjautuu vuoden 2018 tietoihin.

Taulukko 1. Perustietoja alueesta.

	Pirkanmaa	Etelä-Pohjanmaa	Kanta-Häme	Koko maa (vaihteluväli)
<b>Alueen perustiedot</b>				
Väestö 31.12.	522 852	192 150	170 577	5 533 793 (67 988–656 920)
Väestöennuste 2030 **	537 751	182 632	160 969	5 566 685 (64 651–723 687)
Väestöennuste 2040 **	542 170	173 556	153 955	5 525 528 (59 196–760 700)
Väestötiheys, asukkaita/km <sup>2</sup>	39,5	13,9	32,8	18,2 (1,9–3 066,1)
Syntyvyys (yleinen hedelmällisyysluku) *	38,9	45,1	37,7	40,3 (31,5–49,7)
Kuntien välinen nettomuutto / 1 000 asukasta	4,8	-3,2	0,8	0 (-5,2–6,5)
Ruotsinkielinen väestö, % väestöstä 31.12.	0,4	0,3	0,4	5,2 (0,1–50,7)
Ulkomaalaistaustaiset / 1 000 asukasta	51,9	25,3	45	80,2 (25,3–207,1)
<b>Väestön työllisyys/työttömyys ja sosioekonominen asema</b>				
Työttömät, % työvoimasta	13,2	9,7	11,1	13 (9,5–16,3)
Pitkäaikaistyöttömät, % työvoimasta	2,5	1,2	2,2	2,9 (1,2–4,2)
Vaikeasti työllistyvät (rakennetyöttömyys), % 15–64-vuotiaista	4,5	3,1	4	4,6 (3,1–6,7)
Nuorisotyöttömät, % 18–24-vuotiaasta työvoimasta	17,6	14,5	16	16,7 (10,4–21,6)
Gini-kerroin, käytettävissä olevat tulot *	26,9	25	25,8	27,9 (23,2–33,5)
Yhden vanhemman perheet, % lapsiperheistä	23,2	20,1	24	23,3 (15,8–28)
Toimeentulotukea pitkäaikaisesti saaneet lapsiperheet, % lapsiperheistä	3	1,3	2,7	3 (1,2–5,4)
Kunnan yleinen pienituloisuusaste *	14	14,1	12,6	13,4 (8,3–18,8)
<b>Väestön sairastavuus</b>				
THL:n sairastavuusindeksi, ikävakioimaton *** 1	97,1	112,4	101,3	100 (76,8–136,3)
Menetetyt elinvuodet (PYLL) ikävälillä 0–80 vuotta / 100 000 asukasta	5 365	5345	6 106	5 728 (4 659–6 955)
Työkyvyttömyyseläkettä saavat 25–64-vuotiaat, % vastaavanikäisestä väestöstä	6,3	8,3	7	6,5 (4,1–10,2)

\* 2019, \*\* 2018, \*\*\* 2016

1 Indikaattorin tietoa ei ole saatavilla hyvinvointialuejaolla. Tästä syystä taulukossa on käytetty maakuntien aluejaotuksella olevaa tietoa.



Alueen väestön pääkieli on suomi. Ruotsia äidinkielenään puhuvien ja ulkomaalaistaustaisten osuudet jäävät alle maan keskiarvon.

### **Pitkäaikaistyöttömyys maan pienimpiä, mutta kasvussa**

Työttömyys on viime vuodet pysytellyt maan keskiarvoa vähäisempänä. Viime vuosien työttömyyden väheneminen kääntyi kasvuun vuonna 2020, mutta nousu jäi kuitenkin pienemmäksi kuin maassa keskimäärin. Pitkäaikaistyöttömien osuus työvoimasta oli maan pienimpiä. Nuorisotyöttömyys on viime vuodet pysytellyt maan keskiarvon alapuolella, samoin rakennetyöttömyys. Kanta-Häme oli Manner-Suomen ainut alue, jossa pitkäaikaistyöttömien osuus työvoimasta säilyi edelliseen vuoteen verrattuna ennallaan.

Työ- ja elinkeinoministeriön kuukausittaisen työllisyyskatsauksen mukaan elokuussa 2021 työttömien määrän vähennys Kanta- ja Päijät-Hämeen kunnissa oli edellisen vuoden vastaavaan ajankohtaan verrattuna maan pienimpiä (9,5 %). Työttömyys väheni kaikissa seutukunnissa; suhteellisesti voimakkainta lasku oli Forssan seutukunnassa. Myös lomautettujen määrä väheni. Pitkäaikaistyöttömyys on kuitenkin kasvusuunnassa, ja yli vuoden yhtäjaksoisesti työttömänä olleita oli 53 prosenttia enemmän kuin viime vuonna vastaavaan aikaan. Keväällä 2021 alueella käynnistyi kaksi työllisyyden kuntakokeilua.<sup>3</sup>

### **Tulotaso heijastuu verenkiertoelinten sairauksien vuoksi ennen aikaisesti menetettyjen elinvuosien määrään**

Väestön sairastavuus vastaa maan keskitasoa. Väkilukuun suhteutettuna alueen alle 80-vuotiailla on ennen aikaisten kuolemien vuoksi menetettyjä elinvuosia saman verran kuin maassa keskimäärin. Edelliseen vuoteen verrattuna määrä kuitenkin nousi maan eniten. Tulotaso ei merkittävästi heijastu alkoholin vuoksi menetettyjen elinvuosien määrään: sekä pieni- että erityisesti hyvätuloinen väestö menettää ennen aikaisesti elinvuosia alkoholin vuoksi keskimääräistä enemmän. Pienituloisuus sen sijaan heijastuu verenkiertoelinten sairauksien vuoksi ennen aikaisesti menetettyjen elinvuosien määrään maan toiseksi eniten.

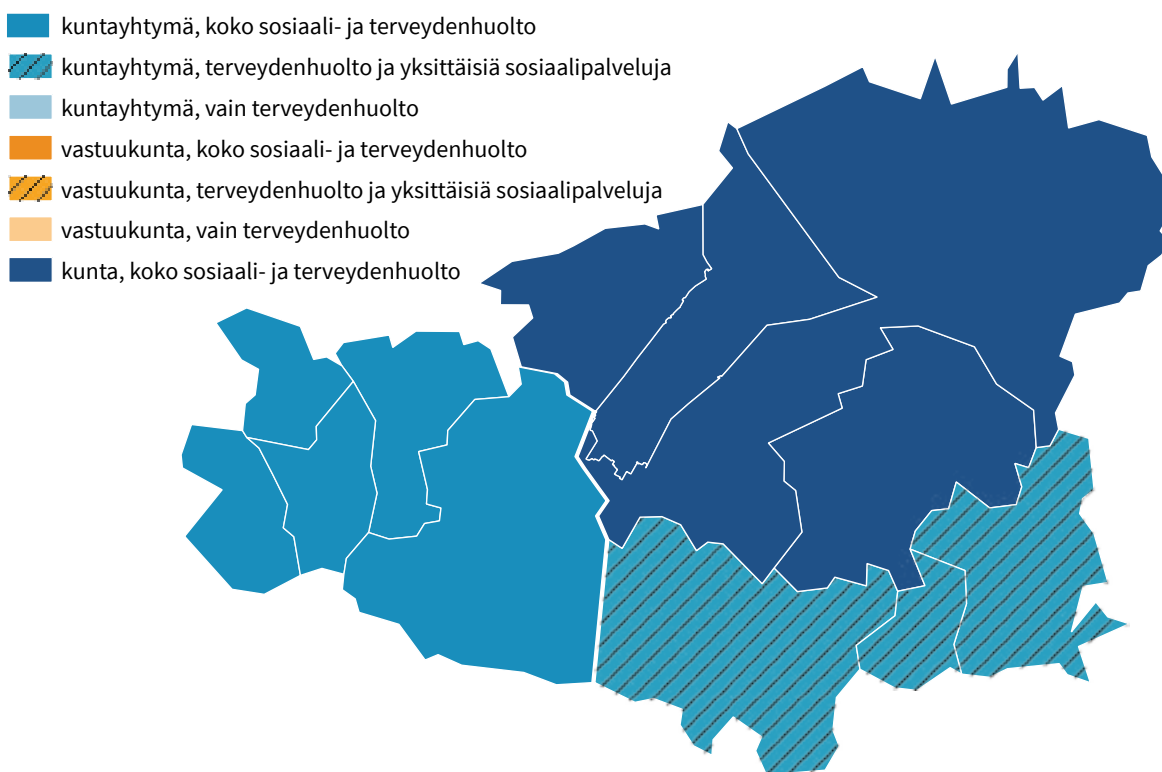
# Järjestämistehtävän yleiset edellytykset

## Palvelujen järjestämisen nykytila ja palveluverkko

### Järjestäjien määrässä ei tapahtunut muutoksia

Kanta-Hämeen hyvinvointialueen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestäjien määrä ja kokoonpanot pysyivät ennallaan. Alueella on viisi peruspalvelusta järjestämisvastuussa olevaa kuntaa tai yhteistointialuetta. Erikoissairaanhoidosta vastaavat sairaanhoitopiiri sekä Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymä alueellaan (kuviot 2).

**Kuvio 2. Palveluiden järjestämismallit hyvinvointialueen kunnissa.**



▲ Kuviossa esitetään perusterveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen järjestämismallit hyvinvointialueen eri kunnissa. Tiedot perustuvat Kuntaliiton vuoden 2020 aineistoihin ja 7-luokkaiseen luokitteluun.

## Järjestämisrakenteisiin kaavailut muutokset ovat kariutuneet

Kanta-Hämeessä selvitettiin syksyn 2019 aikana mahdollisuutta järjestää ja tuottaa alueen sosiaali- ja terveyspalvelut maakunnallisen sote-kuntayhtymän kautta.<sup>4</sup> Selvityksen yhtenä tavoitteena oli saada aikaan yhteinen näkemys alueen tulevasta palveluverkosta, jota koskevat periaatteet määriteltiin edellisen sote-valmistelun yhteydessä. Kuntayhtymävalmistelun suunnitteluvaihe ei kuitenkaan käynnistynyt.

Syksyllä 2020 valmisteltiin merkittävää erikoissairaanhoidon järjestämisvastuun siirtoa Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymältä Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirille. Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymän yhtymähallituksen joulukuussa tekemällä päätöksellä valmistelu kuitenkin keskeytettiin, eikä sitä ole sen jälkeen enää jatkettu. Organisaatioiden välinen yhteistyö on jatkunut aiempaan tapaan lukuisilla erikoisaloilla sopimusperusteisesti.<sup>5</sup>

Taysin erityisvastuualueen yhteinen sisäinen tarkastus käynnistyi vuoden 2020 alkupuolella.<sup>5</sup>

## Palveluverkkoselvitys ajankohtainen loppuvuodesta

Nykyiset järjestäjät ovat laatineet palveluverkkosuunnitelmia vastuullaan olevista palveluista. Esimerkiksi Hämeenlinnan kantakaupungin sosiaali- ja terveydenhuollon tulevaisuuden palveluverkkoselvitys tehtiin keväällä 2020. Selvityksessä määriteltiin mm. seuraavat askeleet palveluverkon valmistelussa sekä palveluverkon muodostamista ohjaavat periaatteet.<sup>6</sup>

Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri päätti joulukuussa 2020 käynnistää Ahveniston sairaalahankkeen toteutuksen.<sup>7</sup> Hankkeen suunnittelun perustana ovat keskussairaalan palvelurakenne sekä Hämeenlinnan seudun perusterveydenhuollon osastotoiminnot ja osa vastaanottotoiminnoista. Forssan ja Riihimäen sairaaloiden operatiivista toimintaa ei ole suunniteltu siirrettäväksi uuteen keskussairaalaan.<sup>8</sup>

Selvitys alueen palveluverkosta tehdään loppuvuodesta 2021 osana sote-uudistuksen toimeenpanoa. Palveluverkkoon ei kuitenkaan ole tarkoitus tehdä muutoksia ennen hyvinvointialueen käynnistymistä. Palveluiden hajautunut järjestämisvastuu näkyy alueen nykyisessä palveluverkossa.

## Henkilöstö

### Henkilöstön saatavuuden turvaaminen on järjestämisen strateginen tavoite

Kanta-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämissuunnitelmassa (2021–2025) on kuvattu sosiaalihuollon, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon henkilöstön alueellinen saatavuustilanne sekä aluetasoisia toimenpiteitä henkilöstön saatavuuden turvaamiseksi.<sup>9</sup>

Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri on strategiassaan nostonut henkilöstön yhdeksi kantavaksi peruspilariksi.<sup>10</sup>

Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen erikoissairaanhoidon järjestämissopimukseen (2020–2021) on kirjattu keinoja työvoiman riittävyyden varmistamiseksi.<sup>11</sup>

### Työvoimatarvetta arvioitu erityisvastuualueen yhteistyössä

Tays-erityisvastuualueen Tähtisairaala-hankkeen puitteissa on mm. pyritty löytämään järjestelyjä henkilöstön liikkuvuuden edistämiseksi ja siten kriittisen työvoiman saatavuuden edistämiseksi.<sup>12</sup> Keväällä 2021 Tays Kehitysyhtiö Oy kartoitti hoitohenkilöstön alueellista työvoimatilannetta Kevan työvoimaennusteen 2030 pohjalta.<sup>13</sup> Kanta-Hämeessä oli pulaa sairaanhoitajista, osastonhoitajista ja röntgenhoitajista; ennusteen mukaan sairaanhoitajavajaus kasvaa vuoteen 2030 asti.

TE-toimistojen tekemän Ammattibarometrin mukaan Hämeen ELY-keskuksen alueella (kattaa myös Päijät-Hämeen maakunnan) oli paljon pulaa yleislääkäreistä, puheterapeuteista, sosiaalityön erityistyöntekijöistä, sairaanhoitajista ja lähihoitajista.<sup>14</sup>

### **Henkilöstön saatavuushaasteet merkittävä riski järjestämistehtävässä onnistumiselle**

Hakijoiden määrät avoimena oleviin virkoihin ja tehtäviin ovat kauttaaltaan vähentyneet. Myös huoli työntekijöiden pysyvyydestä alalla on kasvanut. Hämeenlinnan kaupungissa ikääntyneiden palveluissa työskentelevän henkilöstön riittävyyteen ja saatavuuteen liittyvä riski luokiteltiin suureksi tai sietämättömäksi.<sup>15</sup> Pandemiatilanne on vaikeuttanut henkilöstötilanteen hallintaa entisestään.<sup>16</sup>

Ikääntyneiden palveluissa työskentelevän henkilöstön saatavuus on heikentynyt koko Kanta-Hämeen alueella. Erityisen haastava on kotihoidon lähihoitajatilanne. Myös pätevien sairaanhoitajien rekrytointi vaikeutui ja määräaikaisiin tehtäviin on vaikeutunut. Hoiva-avustajien vaihtuvuus oli suurta.

Mielenterveys- ja päihdetyön ammattilaisten saatavuus heikkeni; erityisesti oli pulaa ammattitaitoisista päihdetyön osaajista. Myös sosiaalityöntekijöiden ja erityistyöntekijöiden saatavuus on heikentynyt entisestään.

Lääkäreiden saatavuus virkoihin vaihtelee alueen sisällä. Eniten rekrytointivaikeuksia on ollut Forssan seudulla, mutta tilanteen odotetaan helpottuvan syksyllä. Suun terveydenhuollossa on jo pitkään ollut haasteita hammaslääkäreiden ja hammashoitajien osalta.

Sairaanhoitopiirissä oli pulaa erityisesti psykiatrian erikoislääkäreistä. Päihdepsykiatria erikoistuu niukasti lääkäreitä, ja tämä näkyy myös Kanta-Hämeessä. Myös röntgenhoitajien saatavuus oli heikkoa. Toimintaterapeuttien ja psykologien saatavuudessa oli haasteita niin perus- kuin erityistasolla. Myös psykoterapeutteja oli vaikea löytää lasten- ja nuorisopsykiatria.<sup>17</sup>

Etelä-Suomen aluehallintovirasto on valvontahavaintoraportissaan tuonut esiin alueen suuret haasteet henkilöstön määrässä, henkilöstörakenteessa sekä saatavuudessa. Covid-19-epidemia näyttää vaikeuttaneen henkilöstömitoituksen ja osaamisprofiilin riittävää toteutumista. Ongelmia on paitsi sijaisten saatavuudessa myös vakituisen henkilöstön rekrytoinnissa. Haasteena on myös henkilöstön suuri vaihtuvuus.<sup>18</sup>

### **Henkilöstön saatavuutta on varmistettu pääasiassa järjestäjäkohtaisin toimenpitein**

Perustason järjestäjät kehittivät rekrytointiprosessejaan ja tehostivat näkyvyyttään. Tiimeissä on jaettu osaamista sekä vahvistettu resurssipooloja ja varahenkilöjärjestelmiä.<sup>19</sup> Lisäksi on kehitetty palkkausta, perehdytystä sekä henkilöstösuunnittelua. Näiden rinnalla päivitettiin työnkuvia.<sup>15</sup> Henkilöstön riittävyyden varmistamisessa huomionarvoista oli oman vakituisen henkilöstön merkittävä joustaminen.<sup>16</sup> Lääkäreiden saatavuuden parantamiseksi on käytetty mm. rekrytointilisää sekä ostopalvelua.<sup>19</sup>

Hämeenlinnan kaupungin henkilöstöpalvelut perusti keväällä 2020 kaupungille oman sähköisen työkalun, ns. Henkilöstötorin. Sen avulla henkilöstötarpeen muutoksiin pyrittiin poikkeusoloissa reagoimaan nopeasti ja joustavasti. Lisäksi kaupunki otti käyttöön uuden rekrytointitavan, jossa huomio kiinnitetään työnhakijakokemukseen sekä työpaikkailmoituksen esille tuomiseen.<sup>19</sup>

Osa alueen työnantajista on ulkoistanut rekrytointipalvelun yksityiselle toimijalle. Myös hoitajien rekrytointia ulkomailta on alettu valmistella.

Keskussairaalan osastot täyttivät akuutit sijaistarpeensa mm. hyödyntämällä muiden yksiköiden henkilöstöä. Vuonna 2020 panostettiin rekrytointien kehittämiseen ja näkyvyyden tehostamiseen. Työnantajamielikuvan kohottamiseksi on tehty kohdennettua mainontaa ja viestintää sosiaalisen median kanavissa sekä ostettu rekrytointikampanjoita mm. oikeiden kohderyhmien saavuttamiseksi.<sup>20</sup>

Sairaanhoitopiiriin on vuoden 2020 alusta perustettu yleislääketieteeseen erikoistuvan lääkärin virka. Tämä mahdollistaa aiempaa paremmin erikoistumiseen kuuluvien sairaalapalveluiden suorittamista oman alueen keskussairaalassa ja tukee lääkäreiden pysymistä sairaanhoitopiirin alueella. Lääketieteen kandidaattien ohjaukseen on panostettu mm. aikuispsykiatriassa.<sup>17</sup>

Reaaliaikaisia digitaalisia prosesseja on kehitetty käynnissä olevassa tuotannonohjaushankkeessa. Kehittämisessä tavoitellaan mm. henkilöstöresurssien optimaalisempaa kohdentamista.<sup>19</sup>

Erityisvastuualueen yhteiset toimenpiteet henkilöstön saatavuuden parantamiseksi ovat osittain vielä auki.

# Sote-tiedonhallinta ja digitalisaatio

## Sähköinen asiointi ja omahoito

### Tiedonhallinnan ja digitalisaation alueellinen kehittäminen tukee järjestämisen laajempia, strategisia tavoitteita

Kanta-Hämeen sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämissuunnitelmassa on kuvattu sote-tiedonhallinnan ja digitalisaation kehittämistavoitteita. Tavoitteet kytkeytyvät laajempiin järjestämisen lähiajan tavoitteisiin (palvelujen tuottavuuden lisääminen, uudistuva ja tietoon perustuva johtaminen sekä palvelurakenteen kestävä kehittäminen).<sup>21</sup> Alueen sähköisiä asiointipalveluja, tietojärjestelmiä ja tietojohdantamista on kehitetty pääasiassa kansallisen Rakenneuudistus-hankkeen puitteissa.<sup>22</sup>

Kanta-Hämeen digiagenda valmisteltiin edellisen maakuntavalmistelun aikana (2018–2019) alueen sote-organisaatioiden yhteistyönä. Agendan tärkeitä teemoja olivat ennakointikyky, asiakkaiden tunnistaminen sekä tarpeenmukaiset palvelukanavat.

Tavoitteena on Kanta-Hämeen virtuaalinen sosiaali- ja terveyskeskus, jossa asiakkaat voivat asioida palveluissa monikanavaisesti ja niin, että digitaalisuus on osa palveluprosesseja.

### Omaolo ja Oma Raitti – sähköisen asioinnin pääväylät alueella

Digitaalisista palveluista yleistyivät erityisesti etävastaanotot; videovälitteiset etävastaanotot käynnistyivät keväällä 2020.<sup>23</sup> Erityisen hyvin videovastaanotot ovat toimineet psykiatrian toimialueella. Käynnissä on alueellinen chat-pilotti. Tässä sosiaalihuollon, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon pilotissa testataan palvelua, joka mahdollistaa sekä anonyymien että tunnistetun chatin sekä videoyhteyden.

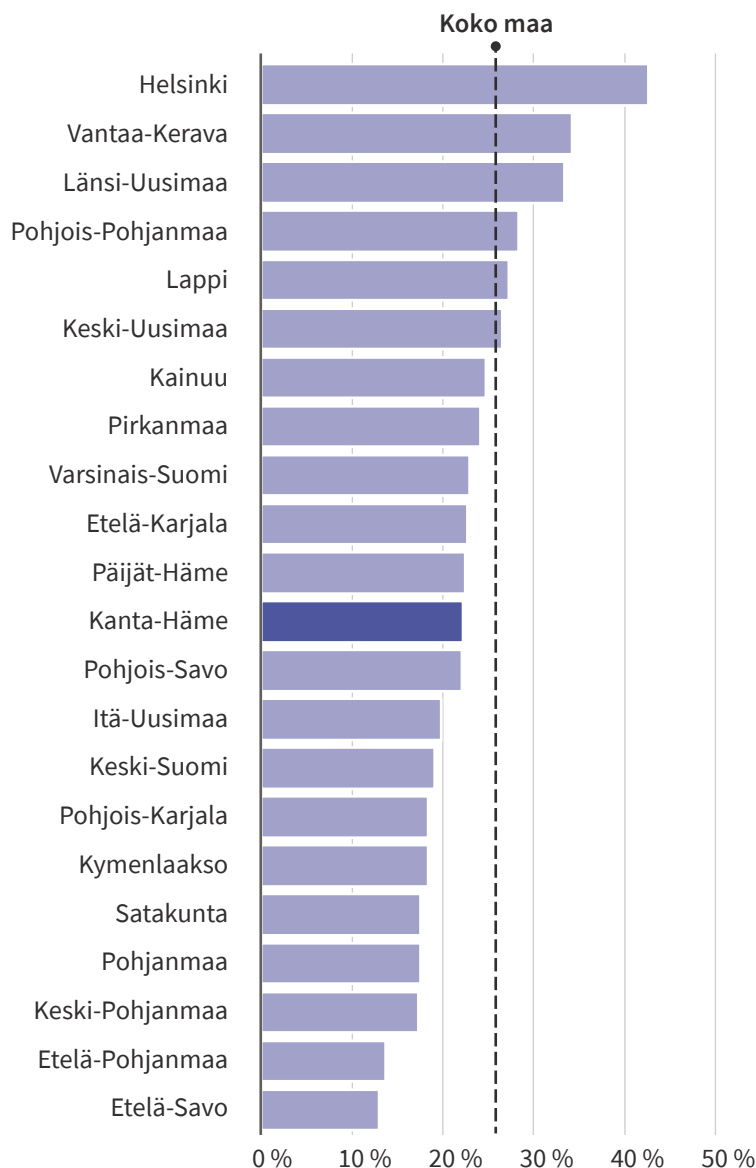
Digitaalisten palveluiden kehittämisessä tukeudutaan [Suomi.fi](https://suomi.fi)-palveluihin. Omaolon palveluvalikoimaa on lisätty SoteDigin Omaolo-julkaisusuunnitelman mukaisesti.<sup>24</sup> Käyttöönottojen aikatauluissa on kuitenkin järjestäjäkohtaisia eroja, eivätkä kaikki palvelut ole käytössä täysimittaisesti. Oirearviot ovat käytössä kaikissa alueen kunnissa, ja myös palveluarvioiden käyttö on varsin laajaa. Päivystysapu 116 11 -palvelu otettiin käyttöön syksyllä 2020. Samalla Omaolo-palveluista avattiin oirearvioiden työjono myös sairaanhoidopiiriin päivystyksen henkilöstölle, joka vastaa puheluihin päivystysaikana.

Oma Raitti on sairaanhoidopiiriin sähköinen palvelualusta, jota on täydennetty uusilla palvelukokonaisuuksilla.<sup>25</sup> Mm. aivohalvaus- ja rintasyöpäpotilaiden omavointi-kyselyt on liitetty osaksi Oma Raitin palvelua. Myös etävastaanoissa käytetään Oma Raittia.

Sosiaalihuollon sähköisten asiointipalvelujen kehittäminen on ollut pistemäisempää kuin terveydenhuollossa. Tämä heijastuu heikompina mahdollisuuksina asioida sähköisesti sosiaalipalveluissa.<sup>24</sup>

### Ikääntyneet käyttävät vain vähän sähköisiä asiointikanavia

FinSote-tutkimuksen (2020) mukaan alueen väestö asioi sähköisesti sote-palveluissa hieman keskimääräistä vähemmän (kuvio 3). Väestöryhmittäin tarkasteltuna 75 vuotta täyttäneiden osuus oli maan toiseksi pienin ja 20–54-vuotiaat miehet asioivat selvästi harvemmin kuin vastaavanikäiset naiset. 81 prosentilla vastaajista oli ollut esteitä ja huolia sähköisten palvelujen käytössä (koko maa 80 %); verrattuna maan keskiarvoon vähiten esteitä ja huolia oli ollut 75 vuotta täyttäneillä ja matalasti koulutetuilla miehillä. 77 prosenttia vastaajista koki sähköisen asioinnin korvanneen perinteisen vastaanottokäynnin (koko maa 80 %).



**Kuvio 3. Sähköisen asioinnin käyttäjämäärä sosiaali- ja terveyspalveluissa vuonna 2020.**

◀ Kuviossa esitetään hyvinvointialueen sosiaali- ja terveyspalvelujen sähköisen asioinnin käyttäjämäärä verrattuna muiden hyvinvointialueiden ja koko maan tietoon vuonna 2020. Indikaattori ilmaisee prosenttiosuuden 20 vuotta täyttäneistä sosiaali- ja terveyspalvelu- ja tarvinneista, jotka ovat asioineet sähköisesti. Tiedot perustuvat Terveystietokeskuksen ja hyvinvoinnin laitoksen FinSote-tutkimukseen.

Etäasiointikäyntien osuus perusterveydenhuollon avohoitokäynneistä on kasvanut maan yleisen kehityksen mukaisesti; osuus oli 31 prosenttia kaikista käynneistä (koko maa 29 %).

### Asiakas- ja potilastietojärjestelmien nykytila ja kehittämistoimet

Potilastietojärjestelmien epätähtinen päivitys vaikeuttanut järjestäjien välistä tiedonkulkua

Alueen terveyspalveluissa on varsin pitkälle integroitu tietojärjestelmäympäristö. Perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja osin myös sosiaalihuollon järjestelmäratkaisuna on käytössä alueellinen LifeCare-järjestelmä, poikkeuksena Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymä, jolla on erillinen LifeCare-ympäristö.

Alueen LifeCare-tietojärjestelmä päivitettiin keväällä 2021. Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymässä päivitys tehdään vasta joulukuussa, minkä vuoksi Aluekatselu ei tilapäisesti ole toiminut. Tilanne on aiheuttanut merkittäviä ongelmia tiedonkulussa.

[Suomi.fi](#)-valmiuteen siirtymisen tekninen toteutus on tehty yhteisessä LifeCare-tietokannassa; Forssan seudulla se tehdään kuluvaan vuoden joulukuussa. Tämä mahdollistaa mm. asiakkaiden ajanvarauskirjeiden lähettämisen Viestit-palvelun kautta.

Synergiaetujen ja pitkän tähtäimen järjestelmäkehittämisen etujen saamiseksi sairaanhoitopiiri on mukana asiakas- ja potilastietojärjestelmien yhteiskehittämisessä muiden LifeCare-sairaanhoitopiirien kanssa.<sup>26</sup>

Sosiaalihuollon tietojärjestelmäympäristöä on kehitetty vähemmän. Alueella on käytössä kaksi eri asiakastietojärjestelmää. Kanta-palvelut otettiin käyttöön Hämeenlinnan YPH Effic -ympäristössä.

FinSote-tutkimuksen mukaan 42 prosenttia sosiaalipalveluja käyttäneistä koki tietojen kyselyn useaan kertaan haitanneen palvelun saantia; osuus oli maan pienimpiä.

### **Kanta-Häme koordinoi tuotannonohjauksen kehittämistä sairaanhoitopiirien yhteisprojektissa**

Kanta-Hämeen johdolla suunnitellaan laajapohjaista, usean hyvinvointialueen (Päijät-Häme, Etelä-Pohjanmaa, Satakunta) laajuista, yhteistä tuotannonohjausratkaisua.<sup>27</sup> Tuotannonohjausratkaisua kehitetään perusterveydenhuollon, sosiaalihuollon ja erikoissairaanhoidon käyttöön. Ensivaiheessa ovat vuorossa lastensuojelun ja suun terveydenhuollon pilotit. Ohjattavat prosessit edistävät mm. palvelujen vaikuttavuutta, koska niiden kautta voidaan tukea palveluntuottajien resurssienhallintaa.

## **Tietojohtaminen**

### **Strategiseen tietojohtamiseen haettiin alueellista näkymää kevään 2021 aikana**

Tietopohjan kehittämiseksi on haettu strategisen tason kiinnittämispintaa sote-uudistuksen valmistelusta. Rakenneuudistus-hankkeessa on tuettu järjestäjiä tietojohtamisessa sekä valmisteltu polkua kohti hyvinvointialuetta. Hankkeessa on mm. kehitetty palvelukokonaisuuksia sekä tietojärjestelmiä ja -ratkaisuja sekä vahvistettu osaamista tietojohtamisessa.<sup>28</sup>

Keväällä 2021 tehdyn kypsyystasoselvityksen avulla tunnistettiin tietojohtamisen kehittämiskohteet. Tietojohtamisen tila oli hajanainen ja sirpaleinen. Toimialojen välisiä keskusteluja oli vähän, ja tietojohtaminen rakentui usein paikallisuuteen. Lisäksi tietojärjestelmien käytön osaamisessa oli merkittävää organisaatio-kohtaista vaihtelua. Kanta-Hämeen hajanaisuus tuli esiin teknologioiden, toimintatapojen, osaamisen ja johtamisen näkökulmista.

Kypsyystasoselvityksen pohjalta alueella laadittiin tietojohtamisen kehittämissuunnitelma, jonka avulla varmistetaan mm. kansallisen tason yhteneväisyys. Tietojohtamisen kehittäminen on kuvattu tietojohtamisen tiekartassa, jonka toimeenpanoa tuetaan mm. hallintamallilla.

### **Sosiaalipalvelut takamatkalla tiedolla johtamisen edellytyksissä**

Erikoissairaanhoidon ja osittain perusterveydenhuollon tietojärjestelmät tukevat tietojohtamista. Järjestelmät on voitu rakentaa yhteisrekisteriä käyttävien organisaatioiden tietopohjaa hyödyntäen, ja ratkaisuja kehitetään edelleen palvelemaan järjestämisen ja tuottamisen tarpeita. Järjestelmien täysimääräistä hyödyntämistä tukee käynnissä oleva kirjaamiskäytäntöjen yhtenäistäminen.



Sosiaalihuollon organisaatiokohtaiset järjestelmät hankaloittavat tiedolla johtamisen yhteisten järjestelmien käyttöönottoa. Lisäksi tiedolla johtamisen perustana oleva data ei tilastointimuutosten ja -erojen vuoksi ole täysin luotettavaa tai se puuttuu kokonaan. Myös järjestelmien moninaisuus vaikeuttaa tietojen vertailukelpoisuutta. Sosiaalihuollon tietojohdamisen osalta tavoitteena on vahvistaa rakenteisen kirjaamisen osaamispohjaa ja helpottaa tiedolla johtamisen prosesseja automatisoimalla tiedon jalostamista.

Terveyspalvelujen tilannekuvajohtamista käytetään, verrattain pitkälle toteutettujen analytiikkaratkaisujen tukemana, pääasiassa sairaanhoitopiirin palveluja hyödyntävissä organisaatioissa. Sosiaalipalveluissa järjestelmien hajanaisuus sekä tietopohjien erilaisuus eivät vielä tue hyvinvointialueason yhtenäistä näkymää.

# Sosiaali- ja terveystalouden rahoitus, kustannukset ja investoinnit

## Kuntien taloudellinen kantokyky vahvistui – valtion myöntämät koronatuett tekivät vuodesta poikkeuksellisen

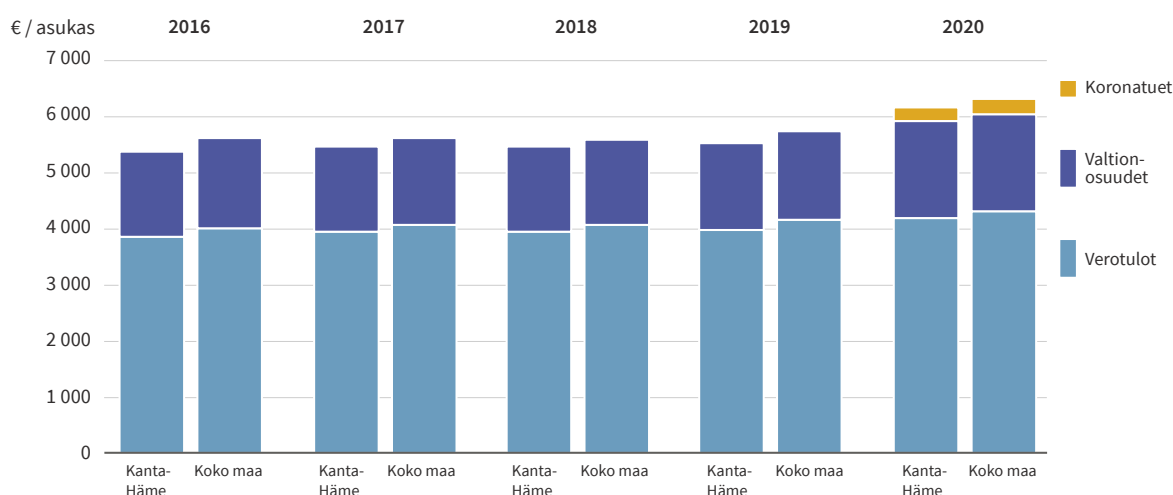
Kanta-Hämeen alueen kuntien taloudellinen tilanne parani edellisvuodesta. Tilikauden tulokset paraniivat Riihimäen kaupunkia lukuun ottamatta; alueen kaikki kunnat tekivät positiivisen tuloksen. Edellisenä vuonna tulos oli ollut alijäämäinen seitsemässä kunnassa. Maakunnan keskuskaupungin Hämeenlinnan ylijäämä nousi peräti 13,9 miljoonaan euroon ja taseen kumulatiivinen ylijäämä oli 195 600 euroa.<sup>29</sup>

Alueen kuntien tulorahoitus riitti kattamaan juoksevat menot. Asukaskohtainen vuosikate nousi edelliseen vuoteen verrattuna alueen kaikissa kunnissa, ja alueen keskimääräinen asukaskohtainen vuosikate kolmin-kertaistui.

Myös vuosikatteiden riittävyys poistojen kattamiseen koheni. Vuosikatteen kattoivat suunnitelmapoistot kaikissa kunnissa.

Verorahoitus kasvoi vuonna 2020 kaikissa kunnissa. Keskimäärin verorahoitus kasvoi 627 euroa asukasta kohti (11 %). Asukaskohtaiset verotulot kasvoivat Humppilan kuntaa lukuun ottamatta; kasvua oli keskimäärin 4,7 prosenttia (189 euroa / asukas). Valtionosuudet kasvoivat edeltäviin vuosiin verrattuna poikkeuksellisen voimakkaasti, koska valtio kohdensi kuntasektorille koronatukea (kuva 4). Kasvua oli keskimäärin 28 prosenttia (438 euroa / asukas). Koronatuen osuus valtionosuuden kasvusta oli 57 prosenttia.

Kuvio 4. Hyvinvointialueen kuntien yhteenlaskettu verorahoitus vuosina 2016–2020.



▲ Kuviossa esitetään hyvinvointialueen kuntien yhteenlasketut asukaskohtaiset verotulot ja valtionosuudet vuosilta 2016–2020 verrattuna koko maan tietoihin. Vuonna 2020 valtionosuuksiin sisältyi myös koronatuettia, joiden osuus on esitetty kuviossa erikseen. Tiedon puuttumisen vuoksi koko maan valtionosuuksista ei ole eroteltavissa Ahvenanmaan koronatuettien osuutta. Tiedot perustuvat Tilastokeskuksen ja valtiovarainministeriön aineistoihin.

Kuntien suhteellinen velkaantuneisuusprosentti oli keskimäärin 60 (vaihteluväli 30–73 %), ja velkaantuneisuusaste oli maan keskitasoa. Suurimassa osassa kuntia velkaantuneisuus alitti 50 prosenttia. Haasteellisin tilanne oli Hämeenlinnassa, jossa velkamäärä on viiden viime vuoden aikana kasvanut erittäin voimakkaasti; vuonna 2020 tilikauden käyttötuloista 73 prosenttia tarvittiin vieraan pääoman takaisinmaksuun.<sup>30</sup> Kuntien lainakanta väheni edellisvuodesta Hausjärveä ja Hämeenlinnaa lukuun ottamatta.

### Sairaanhoitopiirin taloustilanne parani

Sairaanhoitopiirin taloudellinen tilanne koheni vuonna 2020. Sairaanhoitopiirin tilikauden tulos oli noin 6,3 miljoonaa euroa ylijäämäinen. Tulokseen vaikutti mm. potilasvakuutusmaksusta kirjattu hyvitys ja käyttämättä jäänyt määräraha (yhteensä 3,6 milj. euroa) sekä lisätalousarvion mukainen lisälaskutus kunnille (3,8 milj. euroa).<sup>30</sup>

Toimintakate parani 149 prosenttia ja vuosikate 145 prosenttia asukaslukuun suhteutettuna vuoteen 2019 verrattuna; nousut olivat maan suurimpia. Alueen asukasmäärään suhteutettu toimintakate ja vuosikate kuuluivat maan parhaimpaan neljännekseen suhteessa muihin sairaanhoitopiireihin ja maakunnallisiin soite-kuntayhtymiin.

Toisin kuin vuonna 2019 sairaanhoitopiirin vuosikate riitti kattamaan poistot. Vuosikatteen riittävyys koheni maan toiseksi eniten ja oli nyt maan paras. Poistojen määrä oli noin 1,1 miljoonaa euroa (9 %) enemmän kuin edellisvuonna. Poistojen määrään vaikutti mm. Ahveniston rakennuksista tehty kahden miljoonan euron suuruinen lisäpoisto.<sup>30</sup>

Valtio myönsi korona-avustusta 6,7 miljoonaa euroa. Sairaanhoitopiirille ja ensihoidolle aiheutui koronapandemian hoidosta kustannuksia noin 6,1 miljoonaa euroa sekä sairaanhoitopiirille tulonmenetyksiä arviolta 2,6 miljoonaa euroa.<sup>30</sup>

Vuoden 2020 tilinpäätöksen jälkeen sairaanhoitopiirin taseessa ei ole kattamatonta alijäämää. Nykyistä talouden tasapainottamisohjelmaa on toteutettu vuodesta 2015 alkaen.<sup>30</sup> Kuluva vuoden talousarvioon sisältyy koronan vuoksi keskeytyneen uudistamis- ja tuottavuusohjelman toimeenpanon jatkaminen. Tavoiteltavat säästöt ovat kokonaismäärältään 550 000 euroa (noin 0,5 % sairaanhoitopiirin henkilöstökuluihin).<sup>31</sup>

### Jäsenkuntien maksuosuuksista ei yhteisymmärrystä palvelusopimusneuvotteluissa

Sairaanhoitopiirin ja jäsenkuntien palvelusopimusneuvotteluissa syksyllä 2020 ei päästy yhteiseen näkemykseen jäsenkuntien maksuosuuksien suuruudesta. Sairaanhoitopiirin kuluraami vuodelle 2021 oli korkeampi kuin kuntamaksujen raami. Vuoden 2021 tulosenuste on tammi-syyskuun toteuman perusteella noin miljoona euroa alijäämäinen. Vuoden 2022 talousarvio valmistellaan jäsenkuntamaksujen vähintään viiden prosentin kokonaiskasvun pohjalta, mikä tarkoittaa reilun 10 miljoonan euron lisäystä.<sup>32</sup>

Valtion tukitoimet kunnille ja kuntayhtymille helpottivat kuntatalouden tilannetta vuonna 2020, mutta talouden hidas toipuminen sekä investointipaineet, jotka johtuvat väestön ikääntymisestä, rakennuskannan iästä sekä muuttoliikkeestä, pitävät kuntatalouden tulojen ja menojen epätasapainon mittavana.<sup>30</sup>

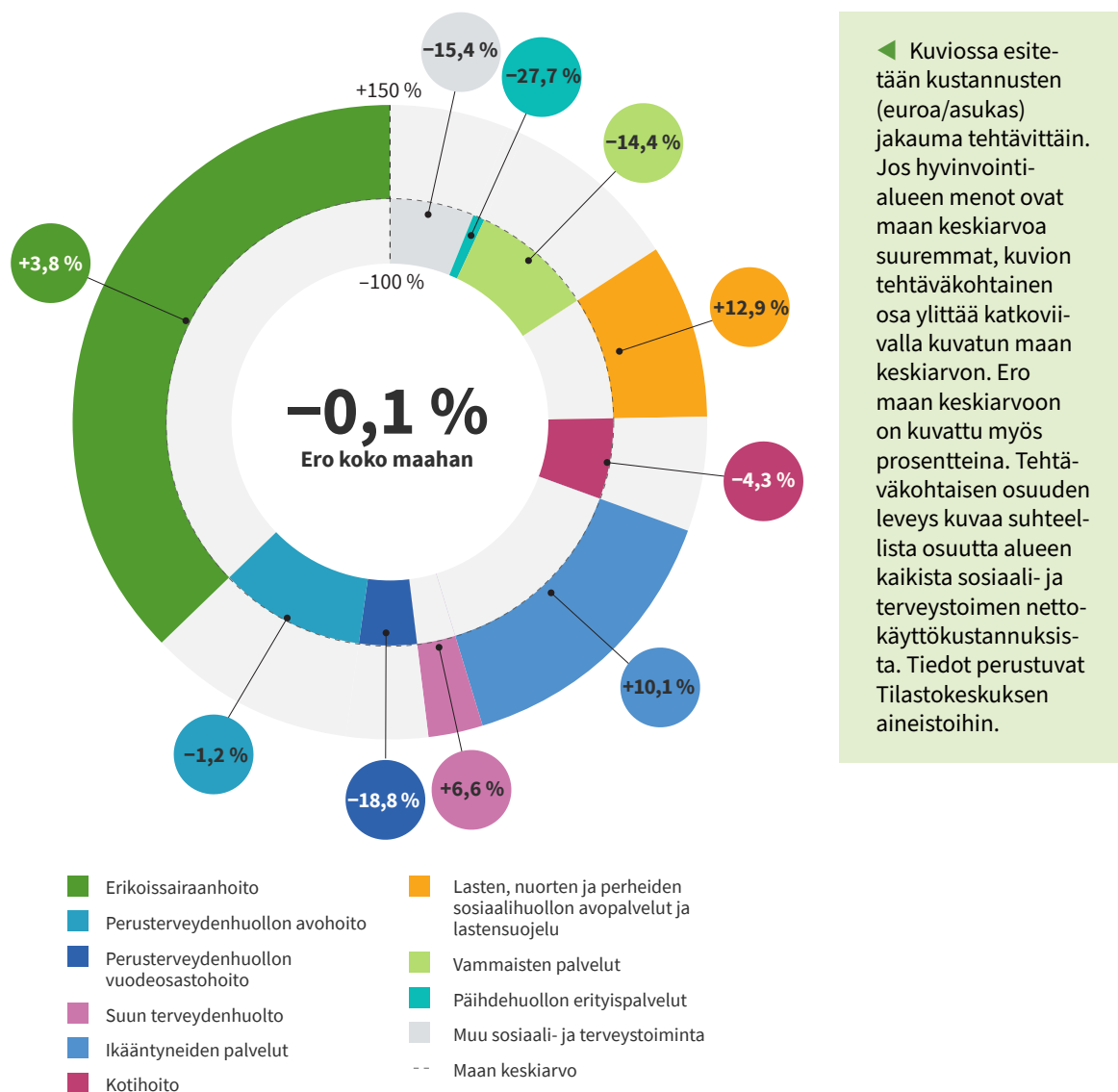
Sairaanhoitopiirin taloutta ja sen suunnittelua haastaa ulkopuolisten sairaaloiden käytön voimakas kasvu. Vuonna 2020 tästä aiheutuvat kustannukset olivat noin 11,6 miljoonaa euroa.<sup>30</sup> Kuluva vuonna kustannusten ennustetaan kasvavan noin 50 miljoonaan euroon. Lisäksi Ahveniston vanhojen rakennusten liian korkeat tasearvot edellyttävät niiden alaskirjausta.<sup>30</sup> Rakennusten poistoista on tekeillä koko 2020-luvulle ajoittuva suunnitelma. Laskelmien mukaan ensi vuoden talousarvioon liittyviin riskeihin sisältyvät kustannukset voivat pahimmillaan olla 12 miljoonaa euroa.

Vuoden 2020 lopussa lainakanta oli 61 miljoonaa euroa, kasvua edellisvuoteen 15 prosenttia.<sup>30</sup> Kuluva vuoden talousarvion mukaan lainamäärä kasvaa vuonna 2021 noin 95,4 miljoonalla eurolla pääasiassa uuden sairaalan rakentamisen vuoksi.<sup>32</sup> Suhteellinen velkaantuneisuus oli 40 prosenttia (39 % vuonna 2019).<sup>30</sup>

### Sosiaali- ja terveystoiminnan nettokäyttökustannukset maan keskitasossa

Kanta-Hämeen kuntien sosiaali- ja terveystoimen nettokäyttökustannukset olivat vuonna 2020 yhteensä 617,5 miljoonaa euroa; asukaskohtaiset kustannukset (3 620 euroa / asukas) vastasivat maan keskiarvoa (kuvio 5). Palvelutarpeeseen suhteuttamattomat nettokäyttökustannukset kasvoivat neljä prosenttia edellisvuodesta, koko maan tasoa vastaavasti. Alueen kuntien välillä kustannusten erot olivat suuria: vaihtelua oli Hattulan 3 006 eurosta Forssan 4 049 euroon asukasta kohti.

Kuvio 5. Sosiaali- ja terveystoimen asukaskohtaisten nettokäyttökustannusten jakauma vuonna 2020.



Kanta-Hämeen nettokäyttökustannukset ovat kasvaneet reaalisesti 5,9 prosenttia vuodesta 2016 vuoden 2020 hintatason mukaan tarkasteltuna. Prosentuaalinen kasvu on maan pienimmän kolmanneksen joukossa. Kustannukset ovat kasvaneet vuosittain, mutta erityisesti vuonna 2020. Tarkasteltaessa kustannuskehitystä palvelutehtävittäin nähdään, että suurin suhteellinen kasvu on työllistymistä tukevissa palveluissa (76 %) muissa ikääntyneiden palveluissa (68 % suhteutettuna 75 vuotta täyttäneeseen väestöön). Palvelujen kustannukset ovat pienentyneet suhteellisesti eniten vammaisten laitoshoidossa (79 %) ja ikääntyneiden laitoshoidossa (67 % suhteutettuna 75 vuotta täyttäneeseen väestöön).

### **Alueen sosiaali- ja terveystoimen kustannusten kasvun taustalla on erityisesti muiden ikääntyneiden palvelujen sekä muiden lasten ja perheiden avopalvelujen kustannusten kasvu**

Sosiaali- ja terveystoimen nettokäyttökustannuksista suhteellisesti suurin osuus muodostui erikoissairaanhoidosta (38 %), jonka osuus kokonaiskustannuksista on vähentynyt prosenttiyksikön edellisvuodesta. Alueen sosiaali- ja terveystoimen kustannusten kasvun taustalla on erityisesti muiden ikääntyneiden palvelujen sekä muiden lasten ja perheiden palvelujen erikoissairaanhoidon kustannusten voimakas kasvu. Erikoissairaanhoidon asukaskohtaiset kustannukset olivat lähellä maan keskiarvoa, mutta kasvua edellisvuoteen oli hieman keskimääräistä enemmän (2,9 %, koko maa 1,4 %). Vuoteen 2016 verrattuna kasvuvauhti on ollut hieman keskimääräistä maltillisempaa (5,6 %, koko maa 6,5 %).

Eniten maan keskiarvo ylittyi lasten, nuorten ja perheiden palveluissa (+ 13 %; ei suhteutettu 0–18-vuotiaiden määrään) ja ikääntyneiden palveluissa (+ 10 %; ei suhteutettu 75 vuotta täyttäneiden määrään). Eniten maan keskiarvon alapuolella olivat päihdehuollon erityispalvelut (- 28 %) ja perusterveydenhuollon vuodeosastohoito (- 19 %).

Ikääntyneiden palveluista aiheutuvat kustannukset suhteutettuna 75 vuotta täyttäneeseen väestöön ovat lähellä maan keskitasoa (- 3 %). Kotihoidon kustannukset ovat 16 prosenttia maan keskiarvoa pienemmät. Muiden ikääntyneiden palvelujen kustannukset ovat kasvaneet maan eniten (+ 21 %). Palvelurakenteet kuitenkin vaihtelevat merkittävästi kuntien välillä.

Lasten, nuorten ja perheiden palveluista aiheutuvat kustannukset suhteutettuna 0–18-vuotiaiden määrään ovat maan keskiarvoa suuremmat (+ 16 %). Palvelurakenteessa painottuvat muuhun maahan verrattuna lastensuojelun avopalvelut (+ 48 %) ja muut lasten ja perheiden avopalvelut (+ 33 %). Lastensuojelun laitos- ja perhehoidon kustannukset ovat kasvusuunnassa.

Vammaisten henkilöiden palvelurakenteessa ympärivuorokautisen hoivan asumispalvelu korostuu muuhun maahan verrattuna (+ 11 %), mutta muiden palvelujen osuus on pienempi (- 28 %).

### **Palvelujen ennustetut kustannukset kasvavat keskimääräistä hieman maltillisemmin, ja hyvinvointialueen laskennallinen rahoitus kasvaa**

Väestön ikärakenteen muutoksiin pohjautuvien THL:n ennustelaskelmien mukaan Kanta-Hämeen sote-palvelujen kustannusten reaalikasvun ennakoidaan vuosina 2020–2030 olevan keskimäärin 1,1 prosenttia vuodessa (koko maassa 1,4 %). Palvelujen käytön kasvu nousee 1,0 prosentista 1,1 prosenttiin siirryttäessä lyhyemmän (5 vuoden) aikavälin ennusteesta kymmenen vuoden ennusteeseen. Tämä kertoo väestön ikärakenteen hieman voimakkaammasta ikääntymisestä jälkimmäisellä periodilla.

Hyvinvointialue-uudistuksen viimeisimmät rahoituslaskelmat (VM, 7.10.2021) perustuvat vuoden 2021 talousarvioihin ja vuoden 2022 taloussuunnitelmiin, jotka on korotettu vuoden 2022 kustannustasoon. Hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävien hoitamiseen siirtyvä euromäärä on yhteensä 20,16 miljardia euroa. Suurimmaksi osaksi palvelutarpeeseen perustuva valtion rahoitusosuus vuosille 2023–2025 olisi Kanta-Hämeen alueella 4,1 prosenttia suurempi kuin kunnilta hyvinvointialueille siirtyvät kustannukset. Asukasta kohti rahoituksen kasvu, hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen huomioituna, olisi 150 euroa. Alueen sosiaali- ja terveystalouden kustannusten laskennallinen lähtötaso on vuoden 2022 tasolla arvioituna 645,2 miljoonaa euroa.

### Somaattisen erikoissairaanhoidon tuottavuus keskimääräistä parempi

Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin tuottavuus oli vuonna 2019 neljä prosenttia maan keskiarvoa korkeampi; indeksi kuului maan parhaimpaan kolmannekseen.

THL:n ennakkotietojen (18.6.2021) mukaan Kanta-Hämeessä somaattisen erikoissairaanhoidon palveluja käytettiin vuonna 2020, väestön palvelutarpeeseen suhteutettuna, neljä prosenttia vähemmän kuin maassa keskimäärin. Tarvevakioitunut laskennallinen somaattisen erikoissairaanhoidon kustannukset olivat keskimääräistä pienemmät (94, koko maa 100). Palvelutarpeeseen suhteutettuna somaattisen erikoissairaanhoidon hoitopäiviä oli neljä prosenttia enemmän kuin maassa keskimäärin. Hoitojaksojen vastaavat tarvevakioitunut laskennalliset kustannukset jäivät kuitenkin alle maan keskiarvon (93, koko maa 100).<sup>33</sup> Alueen väestölle tuotetun erikoissairaanhoidon laskennallinen tuottavuus poikkesi kaksi prosenttia maan keskiarvosta positiiviseen suuntaan.

### Kuntien asukaskohtaiset sote-investointimenot keskimääräistä pienemmät

Kanta-Hämeen kuntien sote-investointimenot olivat yhteensä 3,1 miljoonaa euroa (18 euroa / asukas); menot vähenivät edellisvuodesta 3,2 prosenttia. Sote-investointien osuus kuntien kaikista investointimenoista oli 4 prosenttia. Eniten sote-investointimenoja suhteessa asukasluvuun kertyi Hattulassa ja Hämeenlinnassa. Vuodesta 2019 sote-investointimenot vähenivät edellä mainittuja kuntia lukuun ottamatta.

Alueen kaikkien kuntien tulorahoitus riitti kattamaan ainakin osan omahankintainvestoinneista. Tilanne on kohentunut edellisvuoteen verrattuna Hausjärven kuntaa lukuun ottamatta. Valtaosa kunnista pystyi tulorahoituksellaan täysin kattamaan investoinnit. Heikoiten tulorahoitus riitti investointeihin Hausjärvellä ja Janakkalassa, joissa noin 80 prosenttia investoinneista pystyttiin rahoittamaan tulorahoituksella. Erityisen hyvin tulorahoitus riitti Ypäjän kunnassa.

### Sairaanhoitopiirin asukaskohtaiset rakennusinvestointikulut maan keskitasoa

Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin investointimenot olivat vuonna 2020 yhteensä 19,2 miljoonaa euroa (112 euroa / asukas).

Vuonna 2020 rakennusinvestoinnit olivat 12,8 miljoonaa euroa (75 euroa / asukas); kasvua edellisvuodesta oli 8 prosenttia. Suurin yksittäinen kohde oli uuden sairaalan rakentamishanke, 11,6 miljoonaa euroa.<sup>30</sup> Rakennusinvestointien kasvutrendi on jatkunut vuodesta 2018 lähtien.

STM on vuonna 2018 myöntänyt poikkeuslupia sairaanhoitopiirille 389 miljoonan euron rakennusinvestointeihin ja vuonna 2019 alueen kunnille noin 14 miljoonan euron rakennusinvestointeihin.

### Uuden Assi-sairaalan rakentaminen käynnistyi

Sairaanhoitopiirin valtuusto päätti joulukuussa 2020 Ahveniston (Assi-) sairaalahankkeen siirtymisestä toteutusvaiheeseen. Lainarahoituksella toteutettavan rakennushankkeen kokonaiskustannus on 356 miljoonaa euroa, ja lisäksi hankkeeseen kytkeytyvät tietojärjestelmäinvestoinnit ovat 12 miljoonaa euroa.<sup>31</sup> Sairaalan rakentaminen on alkanut syksyllä 2021. Tavoitteena on, että syksyllä 2026 kaikki sairaalatoiminnot olisivat uudessa sairaalassa.<sup>31</sup>

ICT-investointimenot olivat 1,9 miljoonaa euroa (11 euroa / asukas); kasvua edellisvuoteen verrattuna on 23 prosenttia.

# Alueen erityisteemat

## Monialaisia palveluja tarvitsevien asiakkaiden palvelukokonaisuudet

### Yhteistyömahdollisuuksien hakeminen on järjestäjien alueellinen, strategisen tason tavoite

Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteensovittamisen vahvistamiseksi Kanta-Hämeen terveydenhuollon järjestämissuunnitelmaa laajennettiin kattamaan myös sosiaalihuolto.<sup>34</sup> Yhteistyömahdollisuuksien aktiivinen hakeminen eri toimijoiden kesken on palvelujen alueellisen kehittämisen yksi ydinpäämääristä.

Järjestämisen yhtenä tavoitteena on mm. yhdenmukaistaa toimintaa sote-palvelujen yhdyspinnoilla. Suunnitelmassa on kuvattu alueen yhteiset sosiaali- ja terveystalouden kehittämisen tavoitteet palvelukokonaisuuksittain. Palvelukokonaisuudet on kuvattu substanssialoittein. Monialaisia palveluja tarvitsevien asiakkaiden palvelukokonaisuutta ei ole tarkasteltu erillisenä. Vuosina 2020–2021 järjestämissuunnitelman vuosittaisesta seurannasta vastaa alueen sote-johdosta koostuva strateginen sote-kehittämisryhmä.

Yhteistyön ja palvelujen monialaisuuden vahvistamisen viitekehyksenä toimii kansallinen Tulevaisuuden sotekeskus -hanke. Hankkeen toteutumista on seurattu sekä alueen oma-arviointina että THL:n toimesta.<sup>35,36</sup>

Monialaisten palvelukokonaisuuksien seurantaan ei ole määritelty mittareita. Käytössä olevat mittarit kattavat pääasiassa yhden ammattiryhmän työn tai yksittäisen palvelun.

### Nykyrakenteet eivät tue monialaisten palvelukokonaisuuksien toteutumista optimaalisesti – myös monialaisia työprosesseja tukeva johtaminen kaipaava vahvistamista

Nykyiset järjestämisen ja tuotannon hallinnolliset rakenteet eivät tue optimaalisella tavalla monialaisiin palvelutarpeisiin vastaamista. Alueen ylin sote-johto on sitoutunut monialaisuuden edistämiseen, ja alueella toimiva operatiivinen keski-johdon työryhmä linjaa monialaisuuden kehittämistä. Strategisten suunnitelmien toimeenpano ja systemaattinen, monialaisuutta tukeva johtaminen kaipaavat kuitenkin vielä vahvistamista.

Ammattilaisten yhteistyötä vaikeuttavat myös alueen tietojärjestelmien ja -kantojen moninaisuus ja siitä johtuvat vaikeudet tiedonkulussa. Myös haasteet tiettyjen ammattiryhmien saatavuudessa vaikeuttavat osaltaan monialaisuuden toteutumista. Lisäksi palvelujen saatavuudessa on järjestäjäkohtaisia eroja.

Palvelujärjestelmän etulinjaan tarvitaan lisää ”hälytysmerkkejä”, joiden perusteella voidaan varhaisessa vaiheessa tunnistaa monialaisten palveluiden tarve. Lisäksi tunnistamisen keinot vaihtelevat järjestäjittäin. Arviointiseulojen systemaattinen käyttö, osana yleistä asiointia, kaipaava vielä vahvistamista.

Moniammatillisten tiimien orientaatio on usein konsultatiivinen. Lastensuojelua lukuun ottamatta alueelta puuttuvat aidosti monialaiset tiimit, jotka perustason ammattilainen voisi kutsua asiakkaan ympärille.

Moniammatillisuuden toteutuminen on myös hyvin henkilösidonnaista, ja monialaisuus käsitetään usein työntekijöiden tarpeista lähteväksi. Aluehallintovirasto on osana ohjaus- ja valvontatehtäväänsä kiinnittänyt huomiota epäyhtenäisiin toimintatapoihin perheiden ja muiden toimijoiden kanssa tehtävässä yhteistyössä.<sup>37</sup>

Monialaisuuden toteutumista haastaa myös se, etteivät ammattilaiset tunne riittävästi toistensa työtehtäviä tai niiden kytkeytymistä toisiinsa. Lisäksi palvelut hahmotetaan osittain suppeasti. Eri toimijoiden yhteistyö on ohutta, ja roolit sekä palveluohjaus- ja palveluketjut ovat osin epäselvät.

### Rakenteelliset ja toiminnalliset heikkoudet heijastuvat palvelujärjestelmän toimivuuteen

Heikkoudet monialaisen palvelukokonaisuuden järjestämisessä näkyvät asiakkaille mm. peräkkäisinä ja osin päällekkäisinä palvelutarpeen arviointina. Taustalla ovat osin myös lainsäädännön asettamat vaatimukset. Palvelukokonaisuus näyttäytyy sirpaleisena, ja toimintakyvyltään heikot ihmiset ovat vaarassa jäädä vaille tukea. Palveluissa on osittain nähtävissä myös ns. poislähtämisen kulttuuria: oman asiantuntemuksen loppuessa asiakas ohjataan seuraavalle ammattilaiselle.

Oikea-aikaisten ja tarpeenmukaisten palvelujen puuttuminen lisää erityispalvelujen tarvetta.

FinSote-tutkimuksen (2020) mukaan väestö ei kuitenkaan kokenut ”pompottelun” palvelupisteestä toiseen haitanneen hoidon saantia keskimääräistä enempää.

### Monialaisuuden toteutumisessa on palvelukohtaista vaihtelua – alueelta löytyy myös hyviä malleja

Osassa palveluja monialaisuus ja verkostomainen työote ovat jo varsin pitkällä. Perhekeskuksissa on jo useamman vuoden kokemus monialaisesta työtavasta. Kehittäminen on edennyt parhaiten niillä seuduilla, joissa perhekeskusverkoston johtamista on selkiytetty.

Myös työikäisten työkyvyn laaja-alaisista, sote- ja työllisyyspalveluiden yhteistyönä tekemistä arvioinneista löytyy hyviä avauksia.

### Peruspalvelujen yhteensovittaminen on vahvasti käynnissä

Tulevaisuuden sote-keskus -hanke toteutti keväällä 2021 monialaisuutta pohjustavan seutukierroksen. Monialaisuuden alueelliselle vahvistamiselle ilmeni tarvetta erityisesti mielenterveys- ja päihdepalveluissa. Palvelut painottuvat erityistasolle, ja ongelmien yhtäaikainen hoitaminen ontuu.

Nuorten (13–18-vuotiaiden) päihdepalveluketjun alueellinen selvitystyö toi esiin merkittäviä puutteita. Monialainen työ onnistuu parhaiten päihteiden käytön ollessa vielä satunnaista, mutta varsinaista hoitoa ja kuntoutusta tarvitseva nuori jää usein vaille riittäviä palveluja. Vastuu jää lastensuojelulle, ja palvelureper-tuaari hajoaa. Myös valvontaviranomainen on raportissaan tuonut esiin lasten ja nuorten päihdepalvelujen kehittämistarpeen.<sup>37</sup> Mielenterveyden edistämisen monialainen toiminta on vasta kehitysvaiheessa, ja ehkäisevän päihdetyön perusrakenteet ovat aluillaan.<sup>38</sup>

Työikäisten ja lapsiperheiden palveluiden yhteistyö on ohutta, minkä vuoksi koko perheen huomioimisessa on vahvistamisen varaa. Osaltaan tähän vastaa systeeminen työote, jonka käyttöönotto on edennyt alueella hyvin.

Vahvempaa monialaista otetta tarvitaan myös ikääntyneiden palveluissa, vammaispalveluissa sekä suun terveydenhuollon ja muiden sote-palvelujen välisessä yhteistyössä.

Edellisen maakuntavalmistelun aikana alueella selvitettiin ne diagnoosi- tai käyntisyypohjaiset potilasryh-mät, joiden kustannukset ovat merkittävät tarkasteltaessa sellaisia palvelu- ja hoitoketjuja, jotka läpileik-kaavat perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon sekä terveydenhuoltoa lähellä olevat sosiaalipalve-lut. Selvityksessä tunnistettiin 35 asiakasprosessia, jotka kattoivat 55 prosenttia kustannuksista. Yhteistyö vaatii vielä tiivistämistä mm. masennuksen, päihdeongelmien ja lievien infektioiden hoidossa, joiden pää-asiallinen hoito tapahtuu perustasolla.<sup>39</sup>

### Laaja valmennusprosessi on lähtölaukaus alueen uudelle työorientaatiolle

Monialaisuus käsitteenä ja monialaisen prosessin hahmottaminen vaativat vielä paljon keskustelua. Alueel-la on kuitenkin tunnistettu tarvetta uudelle työtavalle, ja uudenlainen asiakasymmärrys on nousussa. Tällä hetkellä alueella tehdään paljon töitä sen kokonaisvoimavaran selvittämiseksi, joka luo kivijalan ammatti-laisten yhteensaattamiseksi.



Monialaisen työprosessin kehittämisen tueksi alueella käynnistettiin syyskuussa 2021 laaja, koko aluetta koskeva valmennusprosessi. Prosessiin sisältyy sekä johdon että monialaisen työprosessin valmennus. Valmennuksissa tavoitellaan monialaisten työprosessien lisäksi asiakaskokemuksen ja johtamisen vahvistamista. Valmennus perustuu arvoperusteiseen ajatteluun sosiaali- ja terveydenhuollosta.

Syksyllä 2021 alueella käynnistyi asiantuntijaryhmien yhteiset työpajat eli ns. ”ristiinpölytykset”. Näissä ammattilaisia jaetaan pienryhmiin pohtimaan monialaisuutta, selkiyttämään työnkuvia sekä työstämään sote-keskus-kokonaisuutta.

### **Nykyisiä hyviä toimintamalleja skaalataan ja uusia kehitetään alueellisessa yhteistyössä**

Lasten, nuorten ja perheiden palveluissa selkiytettiin eri toimijoiden välistä työnjakoa. Monialaisen työn johtaminen on perhekeskusten kehittämisen kohde. Lastensuojelun asiakkaiden monialaisia palveluja edistettiin MONNI-hankkeessa. Käytössä olevia, hyvin toimivia monialaisia toimintamalleja, kuten Nuortentalo Nuppi ja Nuorten terveysneuvontapiste, skaalataan alueellisiksi toimintamalleiksi.

Sosiaalihuollossa käynnistettiin sosiaalityön määrittely sosiaali- ja terveydenhuoltoa yhdistävänä toimintona. Lisäksi tehtiin pohjatyötä työllisyyden, työkyvyn arvioinnin ja kuntoutuksen suhteesta sote-keskukseen. Ikääntyneiden palveluissa monialaisen yhteistyön edistämiseksi käynnistettiin kuntoutuksen sekä asiakas- ja palveluohjauksen yhteiskehittäminen.

Mielenterveys- ja päihdepalvelujen monialaisuuden edistämiseksi on perustettu alueellinen työryhmä, jossa on mukana julkisten ja yksityisten sote-palveluntuottajien, YTHS:n, järjestöjen sekä oppilaitosten edustajia. Ryhmän tavoitteena on edistää palvelujen saatavuutta ja laatua.

Alueen järjestökenttä on hyvin organisoitunut. Järjestöyhteistyöstä on laadittu erillinen suunnitelma, jossa on huomioitu sekä rakenteellinen että palvelutuotannollinen näkökulma. Järjestöt tarjoavat mm. kohdenettuja mielenterveyden edistämistoimia eri väestöryhmille.

### **Monialaisten palvelukokonaisuuksien ja -ketjujen määrittely on käynnistynyt**

Sairaanhoitopiiriin koordinoima palveluketjutyö käynnistyi vuonna 2020. Vaikka korona hidasti työtä, ensimmäisenä julkaistiin paikallista rintasyöpää sairastavan hoitopolku.<sup>40</sup> Palvelupolut koostuvat eri palveluntuottajien palveluista, mukaan lukien järjestöjen tuki- ja vertaistoiminta.

Ikäihmisten kuntoutuksessa otettiin käyttöön alueellisesti yhtenäinen palveluketjumalli, jossa korostuvat ennaltaehkäisevä yhteistyö kuntien liikuntatoimen ja järjestöjen kanssa. Suun terveydenhuollon tiiviimpää integrointia osaksi palveluketjuja pilotoitiin mm. diabetesasiakkaiden ja pitkäaikaistyöttömien osalta.

Monialaisuus näkyi myös alueellisten palvelukokonaisuuksien mallinnuksessa; käynnissä on nuorten päihdepalvelujen, huumeidenkäyttäjien palvelujen sekä vanhemmuuden tuen palveluketjujen ja -kokonaisuuksien mallinnus.

### **Teknologiaa valjastamalla tuetaan monialaisuutta**

Digitaaliset palvelut ja työkalut tukivat monialaisten palvelukokonaisuuksien toteutumista. Suuntima-työkalua pilotoidaan asiakkuuksien tunnistamisen ja segmentoinnin yhteisenä työkaluna monialaisessa tiimityössä. Monialaisuuden tukemiseksi työstettiin myös toimintamallia päivystyksessä paljon asioivien asiakasryhmien tunnistamiseksi ja hoitamiseksi.

Kehitteillä oleva tuotannonohjausjärjestelmä selkeyttää tulevaisuudessa kansalaisten palvelupolkuja tuomalla läpinäkyvyyttä kokonaisuuteen. Tuotannonohjauksen kokonaisuus tukee tulevaisuudessa alueellista sote-integraatiota, tiedonkulkua, asiakasprosessien hallintaa sekä palveluketjujen yhtenäistämistä.

## Palvelujen vaikuttavuuden mittaaminen ja sen kehittäminen

### Palvelujen vaikuttavuus on alueen järjestäjien yhteinen, strateginen tavoite

Sote-palvelujen vaikuttavuutta edistävät tavoitteet on kirjattu Kanta-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämissuunnitelmaan (2021–2025).<sup>41</sup> Toiminnan tuottavuus ja vaikuttavuus ovat kehittämisen ydinpäämääriä. Vaikuttavuus on myös yksi järjestämissuunnitelmassa mainituista arvoista. Lähivuosina palvelujen järjestämisessä tavoitellaan muun muassa tiedolla johtamisen kehittämistä kohti vaikuttavuusperusteisuutta.

Vaikuttavuuteen liittyviä teemoja edistettiin osana kansallisia Tulevaisuuden sotekeskus- ja Rakenneuudistus-hankkeita.<sup>42,43</sup> Laadun ja vaikuttavuuden edistämisen alueellisena tavoitteena nähdään arvoperustainen sosiaali- ja terveydenhuolto, jossa vaikuttavammilla palveluilla tuotetaan asiakaslisäarvoa. Näin pyritään entistä parempaan kustannusvaikuttavuuteen ja arvontuotantoon myös organisaatioille. Laadun ja vaikuttavuuden seuranta sekä johtamisen kehittäminen nähdään välttämättömiksi tulevaisuuden kannalta.

Sairaanhoitopiirin strategiassa (2019–2021) vaikuttavuus määritellään laadun yhdeksi komponentiksi.<sup>44</sup> Sairaanhoitopiiri pyrkii olemaan hyvän hoidon edelläkävijä, jonka tekeminen perustuu tutkittuun tietoon. Vaikuttavuuden edistämisen seurantaa tukevat työille asetetut laadulliset mittarit.<sup>45</sup>

Vaikuttavuus on ollut myös Hämeenlinnan kaupungin merkittävä strateginen tavoite jo pitkään. Kaupungin sote-toimialan yhtenä kuluvaan vuoden painopisteenä on, että kuntalaiset saavat tarvitsemansa vaikuttavat palvelut oikea-aikaisesti. Kaupungin hankinnoissa vaikuttavuuselementti ja kannusteet huomioidaan mahdollisuuksien mukaan. Tietoon perustuvan johtamisen tavoitteena on varmistaa riittävät tiedot mm. toiminnan laadusta ja vaikuttavuudesta organisaation eri tasoilla.<sup>46</sup>

### Terveyspalvelujen vaikuttavuudessa systemaattista kehittämistä jo vuosia

Vaikuttavuusperustaista ohjausta on laaja-alaisesti viety eteenpäin terveyspalveluissa.<sup>43</sup> Alueella on käytössä on monipuolinen tietojohdamisen ratkaisu (Prodacapo Region), joka tuottaa tietoa palvelujärjestelmän tuottavuudesta ja palveluketjujen toteutumisesta. Järjestelmä kattaa tällä hetkellä yhteisessä tietokannassa olevan tietopohjan eli sairaanhoitopiirin ja alueen perusterveydenhuollon potilastiedot, pois lukien Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymän tuottamat palvelut sekä laajamittaiset sosiaalihuollon tiedot. Varsinaisessa vaikuttavuuden mittaamisessa sairaanhoitopiiri hyödyntää tietojärjestelmää (Region Value), jonka pohjana toimii em. tietojohdamisen ratkaisu.

### Vaikuttavuuden mittaaminen laajenee alueen perusterveydenhuoltoon

Parhaillaan on käynnissä projekti, jossa sairaanhoitopiirin käyttämät sairausryhmäkohtaiset (yhteensä 14) tietosisällöt ulotetaan koskemaan alueen perusterveydenhuoltoa. Tietosisältöjen laajennus perusterveydenhuollon organisaatioihin mahdollistaa vaikuttavuuden tietojohdamisen kehittämisen myös peruspalveluissa sekä organisaatorajat ylittävien hoitokokonaisuuksien tarkastelun Value Based HealthCare (VBHC) -mallin mukaisesti. Kansallisessa Rakenneuudistus-hankkeessa luodaan edellytyksiä sille, että myös perusterveydenhuollon datasta saadaan strukturoitua vaikuttavuustietoa.

Vaikuttavuuden ja asiakaslisäarvon tuottamiseen liittyy myös käynnistynyt palvelukokonaisuuksien ja -ketjujen määrittely.

### Sosiaalipalvelujen vaikuttavuutta mitataan palvelukohtaisesti vaihtelevalla mittaristolla

Perustason palveluntuottajista erityisesti Hämeenlinnan kaupunki on kehittänyt vaikuttavuuden mittamista. Tulosalueiden mittareihin on pyritty hakemaan vaikuttavuus- ja laatulementtejä. Kaupungin perusterveydenhuollossa on melko pienimuotoisesti pilotoitu terveyshyötyarvion hyödyntämistä. Järjestelmä

tuottaa analysoitua tietoa mm. alueen väestön terveysriskeistä sekä mahdollisista hoitovajeista tai ylihoidoista ja auttaa kohdentamaan vaikuttavat interventiot oikeille asiakassegmenteille. Alueellinen terveydenhuollon kehittämisryhmä on kannattanut sovelluksen laajempaa käyttöönottoa, mutta sen tehokkaampi käyttöönotto edellyttää kuitenkin rakenteisen kirjaamisen parempaa laatua.

Sosiaalipalvelujen vaikuttavuuden mittaaminen on koettu haasteellisemmaksi. Mittarointia on kuitenkin kehitetty, ja käytössä on monia palvelukohtaisia mittareita. Mielenterveyspalvelujen asumispalveluissa kuntoutuksen vaikuttavuuden arviointia on pilotoitu LivingSkills-työkalun avulla. Systemisen lastensuojeluprosessin vaikuttavuuden mittaamiseksi perhepalveluissa pilotoitiin toiminnanohjausjärjestelmää. Lapsiystävällinen Hämeenlinna -ohjelmassa kehitettiin raportointityökalua lasten ja nuorten hyvinvoinnin tarkasteluun, ja lapsivaikutusten arviointi on osa Hämeenlinnan kaupungin päätöksentekoprosessia.<sup>47,48</sup> Mittareita on tuotettu myös ikääntyneiden tehostetun palveluasumisen sekä lasten ja perheiden palvelujen analysointiin osana vertaiskehittämistä.<sup>49,50</sup> Laajemmin alueella oli käytössä työ- ja toimintakyvyn itsearviointimenetelmä (Kykyviisari), RAI-järjestelmä sekä asiakkaan kokonaisvaltaisen elämäntilanteen arviointimenetelmä (Kompassi).

### Asiakkaiden ja henkilöstön kokemukset osaksi ohjauksen välineistöä

Vaikuttavuuden kokonaisarviointissa huomioidaan myös asiakkaiden ja henkilöstön kokemukset. Näitä seurataan vielä osittain vaihtelevin keinoin, mutta alueellisesta yhtenäistämisestä on sovittu; NPS- (asiakaskokemus) ja eNPS- (henkilöstökokemus) indeksit tulevat kattamaan koko alueen julkisen terveydenhuollon. Sosiaalipalveluissa asiakaskokemustiedon systemaattista ja alueellisesti yhtenäistä hyödyntämistä edistetään kansallisessa Tulevaisuuden sote-keskus -hankkeessa. Sairaanhoidopiirissä on käynnistynyt PROM- eli potilaiden omavointitietojen kerääminen kahdessa sairausryhmässä (rintasyöpä ja aivohalvaus).

### Vaikuttavuustietoa hyödynnetään pääasiallisesti palvelutuotannon operatiivisessa kehittämisessä

Vaikuttavuustietoa hyödynnetään pääasiassa osana organisaatioiden operatiivista johtamista ja toiminnan kehittämistä. Sairaanhoidopiirin laatupoikkeamat ovat osin vähentyneet, samoin synnytysepisodiin kustannukset, mutta vaikuttavuuden mittaamisen merkitystä näille kehitysuunnille ei ole pystytty määrittelemään. Vaikuttavuustiedon raportointi poliittiselle johdolle on vähäisempää.

Hämeenlinna hyödyntää vaikuttavuustietoa myös osana resurssiohjausta. Vaikuttavuusperusteisia soite-palveluhankintoja on tehty jo useamman vuoden ajan.<sup>51</sup> Hankintojen vaikuttavuusnäkökulman tarkasteluseksi kaupunkiin on luotu Vaikuttavuus hankinnoissa -malli, ja vaikuttavuus sisältyy osaksi hankintojen kilpailutusperiaatteita.<sup>52</sup> Ikääntyneiden asumispalvelujen kilpailutuksessa vaikuttavuutta mitataan RAI-mittaristolla ja palveluntuottajien onnistumista verrataan valtakunnallisiin keskiarvoihin. Tulokset vaikuttavat sanktioiden tai bonusten määrittelyyn sekä seuraavan vuoden hankintajärjestyksen uudelleenmäärittämiseen asiakkaita sijoitettaessa.<sup>53</sup> Lisäksi kaupungin lapsiperheiden palvelutuotannon ohjauksessa jatkettiin vaikuttavuusinvestoimisen mallin hyödyntämistä; ”Lapset ja Nuoret -SIB I” -ohjelman tavoitteena on vähentää lastensuojelutarvetta sekä pienentää lasten ja nuorten syrjäytymisestä aiheutuvia kustannuksia ja tulonmenetyksiä.

Sairaanhoidopiiri hyödyntää vaikuttavuustietoa välittömässä resurssiohjauksessa vähemmän. Alustavia keskusteluja hankintojen vaikuttavuusperusteisuudesta on käyty TAYS Kehitysyhtiö Oy:n kanssa osana innovatiivisten hankintojen kehittämistä.

Mittaustuloksia hyödynnetään myös vertaiskehittämisen välineenä. Sairaanhoidopiirin vaikuttavuusaineistoja verrattiin Västra Götalandsregioniin, Siun soteen sekä HUSiin joidenkin potilasryhmien osalta. Myös Hämeenlinnan kaupungin palveluja on verrattu muiden vertaiskehittämiseen osallistuvien toimijoiden palveluihin.

Pirkanmaan sairaanhoidopiirin kanssa on käyty alustavia keskusteluja yhteisestä tavasta mitata ja kehittää vaikuttavuutta hyvinvointialueiden rajat ylittävien hoitoketjujen arvioimiseksi.

### **Vaikuttavuuden mittaamisen kehittäminen edellyttää tietotuotannon kehittämistä**

Vaikuttavuuden systemaattinen mittaaminen ei ulotu alueen sosiaalipalveluihin. Yhteisessä tietokannassa on niukasti sosiaalihuollon tietoja, ja voimassa oleva lainsäädäntö estää eri rekisterinpitäjien tietojärjestelmissä olevan sosiaalihuollon aineiston yhdistämisen terveydenhuollon tietovarantoon. Lisäksi sosiaalihuollon alueellinen tietojärjestelmäympäristö on hajanaisempi eikä palvelujen tuotteistus ja rakenteinen kirjaaminen ole yhtä pitkällä kuin terveydenhuollossa. Sosiaalipalvelujen vaikuttavuudesta on myös vähemmän tutkittua tietoa kuin terveyspalveluista.

Kotoa kotiin ulottuvien palveluketjujen määrittely on alueella alkuvaiheessa, eikä niiden vaikuttavuuden mittaaminen ole vielä mahdollista. Nykyiset tietojärjestelmät eivät kaikilta osin pysty tuottamaan tarvittavaa vaikuttavuustietoa. Mittaaminen ei myöskään toteudu riittävän yhdenmukaisilla työkaluilla, ja järjestäjien tietojohdamisen kypsyystaso vaihtelee. Vaikuttavuuden mittaamisen kehittäminen edellyttää myös erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon osittain erilaisten viitekehysten yhteensovittamista.

Vaikuttavuuden mittaaminen koskee vain pientä osaa eri sairausryhmistä; esimerkiksi monisairaiden ja moniongelmaisten asiakkaiden palvelujen vaikuttavuutta ei ole määritelty. Eri sairauksiin annetun hoidon kustannusvaikuttavuuden yhteismitalliseen vertailuun ei ole olemassa mallia. Lisäksi aineistovolyymien koko on vielä pieni, mikä heikentää vaikuttavuustiedon potentiaalisia vaikutuksia palvelujärjestelmätasolla.

### **Palvelujärjestelmän vaikuttavuusperusteinen ohjaus haastaa sekä alueellisen että kansallisen tason toimijoita**

Muutosten aikaansaaminen vaikuttavuustiedon pohjalta haastaa organisaatioiden operatiivisen johtamisen. Systemaattisen vaikuttavuusorientaation luominen läpi organisaation sekä toimintojen muuttaminen vaikuttavuustiedon perusteella kaipaavat vielä ponnisteluja. Myös tiedon ymmärrettävyyttä tulee vielä jalostaa. Alueella pyritäänkin löytämään malleja, miten tietoa voisi vielä paremmin hyödyntää johtamisessa ja kehittämisessä sekä systemaattisten vaativuustasojen rakentamisessa.

Hyvinvointialueiden tulevassa rahoitusmallissa valtionhallinnon vaikuttavuuden kehittämiseen osoittamien taloudellisten kannusteiden koetaan alueella olevan varsin pieniä. Palvelujen tuottamia asiakashyötyjä ei myöskään summata kansalliseen järjestelmään, ja paikallinen rakentaminen vaatisi enemmän resursseja. Perustason nykyisetkään resurssit eivät riitä vaikuttavuuden laajaan ja systemaattiseen mittarointiin.

Alueen mukaan vaikuttavuuden mittaamiseen ja kehittämiseen tarvitaan mukaan kaikki toimijat palveluntuottajista järjestäjiin ja myös palvelujärjestelmää ohjaavat tahot. Ja vaikka vaikuttavuustiedon hyödyntämisessä tulevan hyvinvointialueen päätöksenteossa nähdään olevan vielä paljon kehitettävää, Kanta-Hämeen järjestäjillä on halu laajentaa ymmärrystään vaikuttavuuden mittaamisesta sekä tunnistaa siihen liittyviä ongelmia. Vaikuttavuuden mittaaminen nähdäänkin alueella jatkuvana oppimisprosessina.

# Menetelmät ja laatuseloste

## Arvioinnin tietopohja

Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen laatima asiantuntija-arvio perustuu sekä määrälliseen tietoon että laadulliseen aineistoon. Arvioinnin keskeisen tietopohjan muodostavat alueiden edustajien kanssa keväällä ja kesällä käydyt keskustelut. Arvioinnin määrällisen tietopohjan perusta on kansallinen sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusvaikuttavuusmittaristo (KUVA). Asiantuntija-arvion pohjana olevaa tilannekuvaa on laajennettu hyödyntämällä dokumenttiaineistoja järjestäjätahojen hallinnosta, toimintatavoista, suunnitelmista ja päätöksistä. Arvioinnissa on hyödynnetty lisäksi Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston Valviran ja aluehallintoviraston valvontahavaintoja sekä muita kansallisten viranomaisten laskelmia ja selvityksiä.

Asiantuntija-arvion laatimisesta eri tietolähteitä käyttäen vastaavat arviointipäälliköt yhdessä tietoylijohdajan kanssa. Arvioinnin laatimisen tukena ovat lisäksi THL:n tehtäväkokonaisuuksien asiantuntijaryhmät sekä muut asiantuntijat.

Vuoden 2020 arvioinnissa on syvennytty arvioimaan palvelujen järjestämistä alueiden määrittelemissä ja sosiaali- ja terveysministeriön vahvistamissa erityisteemoissa. Kaikkiin alueiden erityisteemoihin voi tutustua Hyvinvointialueiden erityisteemat -liitteessä. Hyvinvointialueen kahden erityisteeman lisäksi on arvioitu alueen väestön palvelutarvetta, palvelujen järjestämisen nykytilaa ja kehityssuuntaa sekä sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksia, rahoitusta ja investointeja. Lisäksi on koottu alueen sote-tiedonhallinnan ja digitalisaation tilannekuva.

## Kansallinen KUVA-mittaristo ja Tietoikkuna

KUVA-mittaristo on sosiaali- ja terveysministeriön sekä laajan asiantuntijajoukon yhteistyönä muodostama noin 500 indikaattorin kokonaisuus. Mittaristoa käytetään sosiaali- ja terveydenhuollon seurannassa, arvioinnissa ja ohjauksessa; se tarjoaa tietoa muun muassa väestön hyvinvoinnin ja terveyden tilasta sekä palvelutarpeesta, mutta myös palvelujen saatavuudesta, laadusta ja kustannuksista. KUVA-mittariston indikaattoreista valtaosa on tuotannossa; osan muodostaminen on kesken tai mahdollista vasta tiedonkeruun kehittymisen myötä. Mittariston ylläpitämisestä ja kehittämisestä vastaa ministeriön asettama vaikuttavuus- ja kustannustietoryhmä (KUVA-ryhmä), joka koostuu ohjauksen, arvioinnin ja tilastoinnin asiantuntijoista sekä alueiden edustajista. Mittariston teknisestä tuottamisesta vastaa THL.

Tavoitteena on, että arvioinnissa käytetyt indikaattoritiedot ovat luotettavia ja ajantasaisia. KUVA-mittariston tietojen ajantasaisuutta seurataan THL:ssä ajantasaisuusmittarin avulla. Kesäkuussa 2021 noin 70 prosenttia indikaattorien tiedoista oli vuodelta 2020 tai 2021. Koska arviointi kohdistuu pääsääntöisesti edellisvuoteen, tavoitteena on käyttää mahdollisimman paljon vuoden 2020 tietoa. Vuosittain päivittyvien indikaattorien viivästyminen johtuu usein tietojen toimitusvaikeuksista. Useimmat kyselyaineistoihin perustuvat indikaattorit päivittyvät joka toinen vuosi.

Kustannusvaikuttavuusmittariston kaikki indikaattoriarvot esitetään tätä varten kehitetyssä käyttöliittymässä, Tietoikkunassa. Tietoikkuna poimii THL:n tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanetistä KUVA-mittaristoon kuuluvat indikaattorit hyvinvointialueittain ja kunnittain. Indikaattorit ovat rajattavissa lisäksi tehtäväkokonaisuuksittain ja ulottuvuuksittain.

Yhdenmukaisen tarkastelun vuoksi arvioinnissa käytettävien indikaattorien päivittyminen on keskeytetty 18.6.2021. Arvioinnissa hyödynnetään niitä tietoja, jotka olivat käytettävissä mainittuna päivänä. Poikkeuksena ovat kuntataloustilastoon perustuvat kustannusindikaattorit, jotka päivittyvät syyskuussa vuonna 2021. Myös Tietoikkunan näkymä on jäädytetty näyttämään nämä tiedot. Indikaattoreihin tehty korjauk-

set kuitenkin muuttavat Tietoikkunassa olevia arvoja, mikäli ne kohdistuvat esitettävän vuoden tietoihin. Sotkanetiin indikaattorit päivittyvät normaalisti. Arvioinnin tietopohjan ja Tietoikkunan jäädytys puretaan, kun sosiaali- ja terveysministeriön ja alueiden välinen neuvottelukierros on saatu päätökseen.

## Tietopohjan avoimuus ja saatavuus

Arviointi perustuu pääsääntöisesti julkisesti ja avoimesti saatavilla olevaan tietoon. Arvioinnissa käytetyn laadullisen dokumenttiaineiston tiedot löytyvät lähdeluettelosta. Käytetyt indikaattoritiedot ovat puolestaan saatavissa THL:n verkkopalveluista. Muut tilastotiedot on merkitty erillisin viittein. Valviran ja aluehallintovirastojen valvontahavaintoraportit ovat avoimesti saatavissa arvioinnin verkkosivuilta. Muusta tietopohjasta poiketen alueiden kanssa käydyt keskustelut ja niiden aineistot eivät ole julkisia. Yhteisten keskustelujen kautta alueiden edustajat ovat osallistuneet arviointiin, ja heillä on ollut myös mahdollisuus kommentoida valmistuvia arviointitekstejä.

## Tietojen laatu ja käynnissä oleva kehittämistyö

Vuoden 2020 arvioinnissa olemme kiinnittäneet erityistä huomiota käytettävien indikaattoritietojen laatuun. Indikaattoreita, joissa on merkittäviä laatupuutteita, ei ole käytetty alueen arvioinnissa. Tämä on rajoittanut tietojen hyödyntämisen mahdollisuuksia osassa alueita. Laadukas ja ajantasainen tieto on soite-toimijoiden yhteinen tavoite.

Hoitoilmoitusjärjestelmän kolmen rekisterin (sosiaalihuollon hoitoilmoitusrekisteri, terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisteri ja perusterveydenhuollon avohoidon hoitoilmoitusrekisteri eli Avohilmo) tietojen laatu ja kattavuus vaihtelevat alueittain. Laatu puutokset johtuvat sekä tietojen toimittamiseen että vastaanottoon liittyvistä vaikeuksista. Kyselytutkimuksiin perustuvissa indikaattoreissa vastausten kattavuudessa on aluekohtaisia rajoitteita. Sosiaalipalvelujen toimintatilaston luotettavuuteen vaikuttaa se, kuinka täsmällisiä tietoja sinne on toimitettu, sekä kuntien vastausaktiivisuus; suurten kuntien toimintatietojen jättäminen ilmoittamatta vaikuttaa mittarien väestösuhteutettuihin lukuihin ja vääristää alueiden välistä vertailua.

Tiedolla johtamista kehitetään ja tiedon tuotantoa uudistetaan voimakkaasti käynnissä olevassa ohjelmassa Tiedolla johtaminen päätöksenteon ja palvelujen kehittämisen tukena (Toivo-ohjelma). Ohjelman Virta-hankkeessa kehitetään hyvinvointialueiden tiedolla johtamista sekä määritellään kansallisen ja alueellisen tilannekuvan yhdistävä vähimmäistietosisältö. Valtava-hankkeessa kehitetään monen muun ohella sosiaalihuollon rekisteriä, talous- ja henkilöstötiedonkeruuta sekä tietojen raportointia ja laadun seurantaa. Vuosina 2021–2023 KUVA-mittaristokokonaisuutta kehitetään vastaamaan aikaisempaa paremmin vaikuttavuusperusteisen ohjauksen ja arvioinnin tarpeisiin. Uudistettu Tietoikkuna-verkkopalvelu on käytävissä vuoden 2021 lopussa.

Lisätietoa arvioinnista ja tietopohjasta: [thl.fi/arviointi](https://thl.fi/arviointi)

Käynnissä oleva kehittäminen (Toivo-ohjelma): <https://soteuudistus.fi/tiedolla-johtaminen>

Indikaattoriarvot Tietoikkunassa: [thl.fi/tietoikkuna](https://thl.fi/tietoikkuna)

Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet: [sotkanet.fi](https://sotkanet.fi)

# Lähteet ja arvioinnissa käytetty tausta-aineisto

## Väestö ja palvelutarve

1. Tilastokeskus (2021). Muuttoliike 2020. Tilastokeskus. [Verkkolähde](#)
2. Väestösuunnite 2040. Hämeen liitto. 20.0.2021. [Verkkolähde](#)
3. ELY-keskus (2021). Työllisyyskatsaus, Häme. Elokuu 2021. [Verkkolähde](#)

## Järjestämistehtävän yleiset edellytykset

### Palvelujen järjestämisen nykytila ja palveluverkko

4. Hämeenlinnan kaupungin lausunto Hämeen liiton sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymäselvitystä koskevaan loppuraporttiin. Hämeenlinnan kaupunginhallitus 2.3.2020 § 88. [Verkkolähde](#)
5. Tilinpäätös 2020. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin hallitus 30.3.2021 § 32. [Verkkolähde](#)
6. Hämeenlinnan kantakaupungin sosiaali- ja terveydenhuollon tulevaisuuden palveluverkon suunnittelun päälinjat. Hämeenlinnan kaupunginhallitus 24.8.2020 § 311. [Verkkolähde](#)
7. Ahveniston sairaalahankkeen toteutusvaiheen käynnistäminen. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin valtuusto 15.12.2020 § 47. [Verkkolähde](#)
8. Kanta-Hämeen terveydenhuollon järjestämissuunnitelma. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin hallitus 23.2.2021 § 19. [Verkkolähde](#)

## Henkilöstö

9. Kanta-Hämeen terveydenhuollon järjestämissuunnitelma. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin hallitus 23.2.2021 § 19. [Verkkolähde](#)
10. Sairaanhoitopiirin strategia 2019–2021. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin hallitus 21.5.2019 § 75. [Verkkolähde](#)
11. Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksen päivittäminen vuosille 2020–2021. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin hallitus 19.5.2020 § 89. [Verkkolähde](#)
12. Tilinpäätös 2020. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin hallitus 30.3.2021 § 21. [Verkkolähde](#)
13. Kevan kuntien työvoimaennuste 2030. [Verkkolähde](#)
14. Ammattibarometri I/2021. Hämeen ELY-keskus. [Verkkolähde](#)
15. Tilinpäätöksen hyväksyminen, vastuuvapauden myöntäminen ja toimintakertomus 2020. Hämeenlinnan kaupunginhallitus 29.3.2021 § 165. [Verkkolähde](#)
16. Sisäisen valvonnan ja riskienhallinnan selonteko vuodelta 2020. Hämeenlinnan sosiaali- ja terveyslautakunta 10.3.2021 § 16. [Verkkolähde](#)
17. Tilinpäätös 2020. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin hallitus 30.3.2021 § 32. [Verkkolähde](#)

18. Etelä-Suomen aluehallintoviraston valvontahavaintoraportti tulevan (HE 241/2020) Kanta-Hämeen hyvinvointialueen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen yhdenvertaisesta saatavuudesta ja laadusta vuonna 2020. 11.6.2021. ESAVI/14773/00.04.01/2021. [Verkkolähde](#)
19. Henkilöstöraportti 2020. Hämeenlinnan kaupunginhallitus 6.4.2021 § 186. [Verkkolähde](#)
20. Henkilöstökertomus vuodelta 2020. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin hallitus 30.3.2021 § 33. [Verkkolähde](#)

## Sote-tiedonhallinta ja digitalisaatio

### Sähköinen asiointi ja omahoito

21. Kanta-Hämeen terveydenhuollon järjestämissuunnitelma. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin hallitus 23.2.2021 § 19. [Verkkolähde](#)
22. Rakennusuudistus-hanke [Verkkolähde](#)
23. Tilinpäätös 2020. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin hallitus 30.3.2021 § 32. [Verkkolähde](#)
24. Kanta-Hämeen soterakenneuudistuksen valmistelua tukeva hanke. Hankesuunnitelma 21.4.2020. [Verkkolähde](#)
25. Oma Raitti. [Verkkolähde](#)

### Asiakas- ja potilastietojärjestelmien nykytila ja kehittämistoimet

26. Kanta-Hämeen alueellisen asiakas- ja potilastietojärjestelmän yhteistyösopimus. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin hallitus 23.2.2021 § 20. [Verkkolähde](#)
27. Tilinpäätös 2020. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin hallitus 30.3.2021 § 32. [Verkkolähde](#)

### Tietojohtaminen

28. Rakennusuudistus-hanke [Verkkolähde](#)

### Sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoitus, kustannukset ja investoinnit

29. Tilinpäätöksen hyväksyminen, vastuuvapauden myöntäminen ja toimintakertomus 2020. Hämeenlinnan kaupunginhallitus 29.3.2021 § 165. [Verkkolähde](#)
30. Tilinpäätös 2020. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin hallitus 30.3.2021 § 32. [Verkkolähde](#)
31. Sairaanhoitopiirin talousarvion 2021 ja taloussuunnitelman 2021–2024 hyväksyminen. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin hallitus 24.11.2020 § 178. [Verkkolähde](#)
32. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tammi-elokuun 2021 osavuositarkastus. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin hallitus 5.10.2021 § 132. [Verkkolähde](#)
33. THL (2021). Sairaaloiden toiminta ja tuottavuus. Ennakkotiedot. [Verkkolähde](#) [luettu 21.6.2021]



## Alueen erityisteemat

### Ikääntyneiden palveluiden palvelurakenne ja monialaiset palvelukokonaisuudet

34. Kanta-Hämeen terveydenhuollon järjestämissuunnitelma. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin hallitus 23.2.2021 § 19. [Verkkolähde](#)
35. Kanta-Hämeen Tulevaisuuden sosiaali- ja terveystieteiden kehittäminen oma-arviointi, kevät 2021. Kanta-Häme: Tulevaisuuden sote-keskus. [Verkkolähde](#)
36. Tulevaisuuden sosiaali- ja terveystieteiden kehittäminen -ohjelman hyötytavoitteiden toteutumisen kansallinen seuranta ja arviointi. Kevät 2021. THL. Koivisto, J., Muurinen, H., Syrjä, V., Parviainen, L. (2021). [Verkkolähde](#)
37. Etelä-Suomen aluehallintoviraston valvontahavaintoraportti tulevan (HE 241/2020) Kanta-Hämeen hyvinvointialueen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen yhdenvertaisesta saatavuudesta ja laadusta vuonna 2020. 11.6.2021. ESAVI/14773/00.04.01/2021. [Verkkolähde](#)
38. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen alueilla 2021. Työpaperi nro 21/2021. Kilpeläinen, K., Savolainen, N., Rotko, T., Kauppinen, T., Markkula, J., Tamminen, N. [Verkkolähde](#)
39. Kanta-Hämeen soterakenneuudistuksen valmistelua tukeva hanke. Hankesuunnitelma. 21.4.2020. Hämeen liitto. [Verkkolähde](#)
40. Tilinpäätös 2020. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin hallitus 30.3.2021 § 32. [Verkkolähde](#)

### Palvelujen vaikuttavuuden mittaaminen ja sen kehittäminen

41. Kanta-Hämeen terveydenhuollon järjestämissuunnitelma. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin hallitus 23.2.2021 § 19. [Verkkolähde](#)
42. Tulevaisuuden sote-keskus. Hankesuunnitelma. Kanta-Hämeen maakunta 29.4.2020. [Verkkolähde](#)
43. Kanta-Hämeen sote-rakenneuudistusta tukeva hanke. Hankesuunnitelma 21.4.2020. Hämeen liitto. [Verkkolähde](#)
44. Sairaanhoitopiirin strategia 2019–2021. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin hallitus 21.5.2019 § 75. [Verkkolähde](#)
45. Strategiset tavoitteet ja mittarit vuodelle 2021. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin hallitus 15.12.2020 § 204. [Verkkolähde](#)
46. Kaupunginjohtajan esitys vuoden 2021 talousarvioksi ja vuosien 2022–2024 taloussuunnitelmaksi. Hämeenlinnan kaupunginhallitus 26.10.2020 § 431. [Verkkolähde](#)
47. Lapsiystävällinen Hämeenlinna -ohjelma. Hämeenlinnan kaupunginhallitus 25.1.2021 § 38. [Verkkolähde](#)
48. Lapsivaikutusten arvioinnin käyttöönotto. Hämeenlinnan sosiaali- ja terveystieteiden lautakunta 20.5.2020 § 52. [Verkkolähde](#)
49. Vertaiskehittäminen luo kokonaisnäkymää siiloutuneista sisote-palveluista. [Verkkolähde](#)
50. Ikäihmisten palveluasumisessa elämänlaatu ja hoivan vaikuttavuus keskiöön – mitä jos hoivakotien vertailu olisi yhtä helppoa kuin hotellien? [Verkkolähde](#)
51. Kaupunginjohtajan esitys vuoden 2021 talousarvioksi ja vuosien 2022–2024 taloussuunnitelmaksi. Hämeenlinnan kaupunginhallitus 26.10.2020 § 432. [Verkkolähde](#)
52. Vaikuttavuus osaksi hankintojen kilpailutusperiaatteita ja Vaikuttavuus hankinnoissa -malli. Hämeenlinnan kaupunginhallitus 14.11.2020 § 493. [Verkkolähde](#)
53. Tilinpäätöksen hyväksyminen, vastuuvapauden myöntäminen ja toimintakertomus 2020. Hämeenlinnan kaupunginhallitus 29.3.2021 § 165. [Verkkolähde](#)

# Liite

## Hyvinvointialueiden erityisteemat

### Etelä-Karjalan hyvinvointialue

- Kuntoutuksen kehittäminen osana peruspalveluja
- Päivystyksellisten palvelujen saatavuus sekä päivystyksellisten palvelujen tarpeen vähentäminen peruspalvelujen saatavuutta parantamalla

### Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue

- Ikääntyneiden palveluiden palvelurakenne ja monialaiset palvelukokonaisuudet
- Perustason palveluiden saatavuus ja laatu

### Etelä-Savon hyvinvointialue

- Ehkäisevän ja terveyttä ja hyvinvointia edistävän työn järjestäminen alueellisena monialaisena yhteistyönä
- Mielenterveys- ja päihdepalvelujen saatavuus ja laatu ml mielenterveyden edistäminen ja ehkäisevä päihdetyö

### Helsingin kaupunki

- Toimenpiteet sosiaali- ja terveydenhuollossa segregaaion, polarisaation ja väestömuutosten (muutto alueelle, ikääntyneiden sekä lasten ja nuorten määränmuutokset) haasteisiin vastaamiseen
- Sote-integraation toteutumisen varmistaminen

### Itä-Uudenmaan hyvinvointialue

- Toimenpiteet sosiaali- ja terveydenhuollossa segregaaion, polarisaation ja väestömuutosten (muutto alueelle, ikääntyneiden sekä lasten ja nuorten määrän muutokset) haasteisiin vastaamiseen
- Sote-integraation toteutumisen varmistaminen

### Kainuun hyvinvointialue

- Järjestäjän keinot vastata palvelutarpeeseen väestömäärän ja väestörakenteen muuttuessa
- Sote-palveluiden integraatio erityisesti paljon palveluja tarvitsevien monialaisissa palvelukokonaisuuksissa

### Kanta-Hämeen hyvinvointialue

- Monialaisia palveluja tarvitsevien asiakkaiden palvelukokonaisuudet
- Palvelujen vaikuttavuuden mittaaminen ja sen kehittäminen

### Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue

- Ikääntyneiden palveluiden kustannukset ja palvelurakenne
- Perustason palveluiden saatavuuden ja laadun varmistaminen

### Keski-Suomen hyvinvointialue

- Mielenterveys- ja päihdepalvelujen saatavuus ja palveluprosessit
- Sote-integraation toteutumisen varmistaminen

### Keski-Uudenmaan hyvinvointialue

- Toimenpiteet sosiaali- ja terveydenhuollossa segregaaion, polarisaation ja väestömuutosten (muutto alueelle, ikääntyneiden sekä lasten ja nuorten määrän muutokset) haasteisiin vastaamiseen
- Sote-integraation toteutumisen varmistaminen

### Kymenlaakson hyvinvointialue

- Ikääntyvien ja erityisryhmien asumispalveluiden kehittäminen ja monialainen yhteistyö toimintakykyä tukeviksi kokonaisuuksiksi.
- Kuntoutuksen kehittäminen osana peruspalveluja

**Lapin hyvinvointialue**

- Saamenkielisten ja kulttuurinmukaisten sote-palvelujen saatavuus ja osaamisen tarpeet
- Nuorten mielenterveys- ja päihde- ja lastensuojelupalveluiden riittävyys ja palvelujen yhteensovittaminen

**Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue**

- Toimenpiteet sosiaali- ja terveydenhuollossa segregaatoin, polarisaation ja väestömuutosten (muutto alueelle, ikääntyneiden sekä lasten ja nuorten määränmuutokset) haasteisiin vastaamiseen
- Sote-integraation toteutumisen varmistaminen

**Pirkanmaan hyvinvointialue**

- Alueellisen yhdenvertaisuuden vahvistaminen palveluiden saatavuudessa
- Väestöryhmien välisen eriarvoisuuden vähentäminen

**Pohjanmaan hyvinvointialue**

- Lasten, nuorten ja perheiden mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestäminen
- Työikäisten ja ikääntyneiden mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestäminen

**Pohjois-Karjalan hyvinvointialue**

- Ehkäisevän ja terveyttä ja hyvinvointia edistävän työn järjestäminen alueellisena monialaisena yhteistyönä
- Perustason palveluiden saatavuus ja laatu

**Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue**

- Ikääntyneiden palvelujärjestelmän muutostarpeet ja muutoksen keinot
- Perustason palveluiden saatavuuden ja laadun varmistaminen

**Pohjois-Savon hyvinvointialue**

- Lastensuojelun toimivat prosessit ja monialainen yhteistyö
- Mielenterveys- ja päihdepalvelujen saatavuus, mukaan lukien mielenterveyden edistäminen ja ehkäisevän päihdetyön monialainen toteutus

**Päijät-Hämeen hyvinvointialue**

- Akuuttipalvelujen kokonaisuuden kehittäminen (sisältäen Akuutti24 päivystysyksikön, sosiaalipäivystyksen, ensihoidon sekä kotisairaalan)
- Aikuissosiaalityö työikäisten arjen haasteiden tukena (kohderyhmänä erityisesti nuoret aikuiset)

**Satakunnan hyvinvointialue**

- Mielenterveys ja päihdeasiakkaiden palvelujen saatavuus ja laatu, ml mielenterveyden edistäminen ja ehkäisevä päihdetyö.
- Perustason palvelujen saatavuus ja laatu

**Vantaan ja Keravan hyvinvointialue**

- Toimenpiteet sosiaali- ja terveydenhuollossa segregaatoin, polarisaation ja väestömuutosten (muutto alueelle, ikääntyneiden sekä lasten ja nuorten määrän muutokset) haasteisiin vastaamiseen
- Sote-integraation toteutumisen varmistaminen, erityisesti nuorten mielenterveys- ja päihdepalvelujen riittävyys ja palvelujen yhteensovittaminen

**Varsinais-Suomen hyvinvointialue**

- Korjaavien palvelujen painotuksen vähentäminen ja ennaltaehkäisevien ja peruspalvelujen vahvistaminen
- Sote-integraation toteutumisen varmistaminen